

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES
ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE FERMÉE

(Observations relevées au Dispensaire Central Antituberculeux de Bordeaux,
du 15 mars au 15 septembre 1926)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 13 juin 1928

PAR

Joseph-Jean-Marie MALAPLATE

INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 7 février 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEURET, professeur	<i>Président.</i>
		MAURIAC, professeur	} <i>Juges</i>
		AUBERTIN, agrégé	
		PIÉCHAUD, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

—
1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 86

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE FERMÉE

(Observations relevées au Dispensaire Central Antituberculeux de Bordeaux,
du 15 mars au 15 septembre 1926)



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 13 juin 1928

PAR

Joseph-Jean-Marie MALAPLATE

INTERNE DES HÔPITAUX
LAURÉAT DES HÔPITAUX

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 7 février 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LEURET, professeur	<i>Président.</i>
		MAURIAC, professeur	{ <i>Juges</i>
		AUBERTIN, agrégé	
		PIÉCHAUD, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSE, MOURE, PRINCETEAU
W. DUBREUILH, RIVIÈRE

PROFESSEURS

	MM.		MM
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOU.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOÛN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	N.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Électroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	BONNIN.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Son souvenir est resté pour moi le
symbole du devoir et de l'honneur.

A MA MÈRE

Sa vie, consacrée entière à ses enfants,
a été un magnifique exemple de dévouement
et d'abnégation. Qu'elle reçoive
ici l'assurance de ma reconnaissance
profonde et de mon affection.

A MA SOEUR — A MES FRÈRES

MES PLUS CHERS AMIS

A MA BELLE-SOEUR — A MON BEAU-FRÈRE

A MON PETIT FILLEUL CHÉRI

A MA TANTE ET A MON ONCLE

MADAME ET MONSIEUR J. DUPIN

Qui entourèrent nos années d'études
de la plus tendre sollicitude et de la
plus sincère affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBREUILH

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUSSOUS (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR SECOUSSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MAURIAC

*Professeur de Médecine expérimentale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Durant notre séjour dans votre laboratoire, nous avons pu apprécier la haute distinction de votre esprit et la générosité de votre cœur. Nous sommes heureux de vous remercier ici de la bienveillance que vous nous avez toujours témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSERIE-LACROIX

Médecin des Hôpitaux.

Témoignage de reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, pour les conseils et les encouragements qu'il nous a si aimablement prodigués depuis dix-huit mois.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCAZ

*Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef de la Maison maternelle de Cholet,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Les qualités de votre esprit et de votre cœur, dévoués tout entiers à vos petits malades, ont fait naître et se développer en nous le goût de la médecine infantile. C'est durant les dix-huit mois passés dans votre service comme interne que nous avons appris à aimer et à soigner les enfants. Nous vous en exprimons notre profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEURET

*Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef du Sanatorium de Feuillas,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard durant notre séjour au Sanatorium de Feuillas, et dont il nous donne un nouveau gage aujourd'hui en acceptant de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FAUSSES TUBERCULOSES PULMONAIRES
ET DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE FERMÉE

(Observations relevées au Dispensaire central antituberculeux
de Bordeaux, du 15 mars au 15 septembre 1926).

INTRODUCTION

« L'idée juste de la fréquence de la tuberculose, de la variété des formes atypiques qu'elle peut revêtir, mal assimilée, mal comprise, a dégénéré en une sorte de crainte, de phobie; la tuberculose est partout : tout sujet qui maigrit, qui s'anémie, qui voit ses forces diminuer, qui accuse des troubles dyspeptiques, de l'oppression, de la gêne respiratoire, qui tousse, dont la température s'élève un peu le soir ou après une marche, est un tuberculeux ou, tout au moins, un suspect de tuberculose. » (Sergent, *Les suspects de tuberculose*, *Paris médical*, 7 avril 1917.)

Telle est la protestation que, le 7 avril 1917, élevait, dans *Paris médical*, M. le professeur Sergent contre « le vent de tuberculophobie, qui souffla comme un ouragan » les premières années de la guerre.

Si la tuberculophobie a cédé aux offensives répétées que,

dans de nombreux articles, lui ont portées notamment Sergent et Rist, si grâce à des méthodes serrées d'investigation clinique, radiologique et expérimentale, on est arrivé à fixer les bases solides qui doivent étayer le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il n'en demeure pas moins que de nombreux malades, non porteurs de lésions bacillaires ouvertes, mais présentant en nombre plus ou moins important quelques-uns des signes fonctionnels, physiques ou généraux communs à la tuberculose pulmonaire et à une grande variété d'affections, viennent se faire examiner aux consultations des dispensaires antituberculeux, qui ont pour objet le dépistage de la tuberculose pulmonaire.

Le nombre de ces affections est si important, qu'au Dispensaire central antituberculeux de Bordeaux, où ne se présentent généralement que des malades envoyés par les dispensaires de quartier ou par leur médecin, et soupçonnés de tuberculose, nous relevons que plus de la moitié de ces malades ne paraissent pas, après examen complet, faire la preuve de leur tuberculose.

Mais ce n'est pas à un simple travail de statistique que nous nous proposons de nous livrer ici. Nous appuyant sur des faits observés durant une période de six mois au Dispensaire central de Bordeaux, nous voudrions : 1° insister sur le grand nombre et le polymorphisme des affections qui conduisent aux consultations de phthisiologie des malades non tuberculeux, et cependant souvent considérés comme tels par eux-mêmes, par leur famille, leur entourage et même leur médecin, qui ne dispose pas toujours des moyens d'investigation nécessaires pour éliminer ou incriminer à coup sûr la tuberculose pulmonaire; 2° montrer, à l'aide d'observations minutieusement recueillies et longtemps suivies, que si, suivant la résolution du V^e Congrès français de la tuberculose, tenu à Strasbourg en 1923, « on ne peut, au point de vue pratique, formuler le diagnostic de tuberculose pulmonaire chez l'adulte, lorsqu'il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats, que d'une manière provisoire et sous la réserve d'une observation prolongée

et rigoureuse », la tuberculose fermée n'est pas, comme le laisseraient supposer les critiques dont elle a fait l'objet ces dernières années, une appellation commode de certains états insuffisamment étudiés et non diagnostiqués, mais une réalité clinique qu'un esprit observateur, dénué de préjugés, ne saurait nier.

C'est donc à l'étude des affections présentées par les 443 malades à expectoration bacillifère négative, examinés et suivis au Dispensaire central du 1^{er} mars au 1^{er} septembre 1926, que nous consacrons ce travail, où, après avoir exposé succinctement :

1° L'historique de la question des fausses tuberculoses;

2° Le fonctionnement du Dispensaire antituberculeux de Bordeaux et les moyens de diagnostic qui y sont utilisés pour l'examen des malades;

3° Le résultat de nos investigations : l'existence des fausses tuberculoses, leur statistique, leur classement;

Nous nous proposons d'étudier :

A. Les fausses tuberculoses présentées par un grand nombre de ces malades, et qui paraissaient avoir déterminé les troubles dont ils se plaignaient;

B. Les états où, malgré l'absence de bacilles de Koch, le tableau clinique était tel que nous nous sommes cru autorisé à porter le diagnostic de « tuberculose fermée. »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DES FAUSSES TUBERCULOSES

C'est un Bordelais, le docteur Martin du Magny, qui, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 2 septembre 1901, eut le mérite d'attirer l'attention du monde médical sur les fausses tuberculoses d'origine naso-pharyngée.

Sans doute, avant lui, comme l'a rappelé Canuyt dans son rapport sur les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire, paru dans la *Revue de la tuberculose* de juin 1926, Lieutaud avait déjà, en 1839, publié à l'Académie royale des sciences un cas d'abcès des sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires, suivi de mort et accompagné de signes de fonte purulente pulmonaire.

Sans doute, Vollolini, Zien (1889), Lichtwitz (1890 et 1896), Moure et Brindel (1897), avaient publié des travaux sur les sinusites et leurs complications broncho-pulmonaires; sans doute, Guéneau de Mussy (1873), Percepied (1881), Chabory (1892), Greliche (1894), Clément (1895), de Vermeille (1900), Hutinel, Kayser, Furet, Sokolowski, Viollet et Attias, Jouty, Bronner, Garcia, Solenberger, Ruault, Marfan, Cartas, Castine et Barbun avaient déjà étudié les troubles pulmonaires consécutifs aux affections nasales et attiré l'attention sur les complications trachéo-bronchiques à la suite des rhinites ou chez les adénoïdiens. Mais c'est Martin du Magny qui, insistant sur « les accidents pseudo-phymiques d'origine nasale », eut le mérite de fixer « dans son tableau clinique et dans son processus pathologique, le syndrome pseudo-phymique causé par les affections

des voies aériennes supérieures ». C'est lui qui, le premier, après avoir décrit la séméiologie de ces affections, insista sur leur diagnostic avec la tuberculose pulmonaire et sur les moyens qui permettaient de les en différencier.

Puis la thèse de Volpillac et surtout celle de Chauvet, inspirée par Martin du Magny, soutenue à Bordeaux en 1909, sur *Les relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. Lésions pulmonaires pseudo-phymiques consécutives aux écoulements d'origine supérieure. Syndrome de l'angle de Martin du Magny*, reprirent et complétèrent l'étude des affections pulmonaires consécutives aux affections des voies respiratoires supérieures et simulant la tuberculose.

Ensuite, sauf les travaux de Florand, François et Flurin, parus en 1912, sur les bronchites chroniques et leur traitement, cette question semble avoir été délaissée jusqu'en 1914.

C'est la guerre qui devait lui donner un regain d'actualité, et ce sont les travaux de Rist et de Sergent qui, en 1917, tirèrent de l'oubli, qui semblait les ensevelir, les pseudo-phymiques de Martin du Magny. Ces deux auteurs, le premier dans un article paru dans la *Presse médicale* du 24 juillet 1916, sur *Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et les affections chroniques des fosses nasales*; le second dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, le 28 juillet 1916, intitulée *Histoire suggestive de quelques faux tuberculeux. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des affections des voies respiratoires supérieures*, attiraient l'attention des médecins sur la trop grande facilité avec laquelle on portait le diagnostic de tuberculose pulmonaire, notamment chez des sujets atteints d'affections ou d'obstructions des voies respiratoires supérieures, et particulièrement du nez et du rhinopharynx.

Depuis ces deux publications, les travaux sur cette question se sont succédé très nombreux, et nous ne citerons, outre les nombreux articles de Rist et de Sergent, que les articles de Flurin sur *Les rhino-bronchites* (*Journal médical français*, oct. 1921), et sur *Les rhino-bronchites descendantes et l'em-*

physème pulmonaire (*Journal médical français*, août 1926), les thèses de Festal (Paris, 1920), de Joublot et de Léwis (Strasbourg, 1925), de Mlle Kohn-Enriquez (Paris, 1919), l'article de Léon Bernard sur les *Affections des voies respiratoires supérieures dans leurs rapports avec la tuberculose* (*La tuberculose pulmonaire*, 2^e éd., 1925), et surtout le remarquable rapport de Canuyt (*Revue de la tuberculose*, juin 1926) sur les *Affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire*, rapport dans lequel l'auteur, après avoir examiné tous les travaux parus jusqu'à ce jour, met au point d'une façon définitive cette si délicate mais si importante question.

Mais, si elles constituent l'un des groupes les plus importants des fausses tuberculoses, les maladies des voies respiratoires supérieures n'englobent pas toutes les fausses tuberculoses.

Le nombre des affections partageant avec la tuberculose quelques symptômes, physique, fonctionnel ou général, et pouvant être prises pour des tuberculoses après un examen sommaire, est trop grand pour que nous en entreprenions ici l'énumération, qui serait non seulement fastidieuse, mais forcément incomplète.

Il est peu de maladies, en effet, qui ne partagent quelques-uns des signes de la tuberculose pulmonaire, et qui, à un certain moment et dans certaines conditions, ne puissent la simuler. Aussi n'envisagerons-nous dans ce travail que les affections que nous avons pu observer durant les six mois de nos recherches. Et, pour la commodité et la compréhension de leur exposé, nous adopterons, à côté du groupe des pseudo-tuberculoses par affections des voies respiratoires supérieures, les deux autres catégories principales que propose Rist dans son exposé au Congrès de l'Association médicale britannique (Glasgow, juill. 1922), sur *La différenciation clinique de la tuberculose pulmonaire avec les autres affections des voies respiratoires*, et, comme lui, nous les classerons :

1° « Soit dans les syndromes qui, sans être déterminés primitivement par des lésions des voies aériennes, ont néanmoins quelques symptômes communs avec les maladies proprement

respiratoires, ou encore sont les causes de lésions secondaires du poumon ou des plèvres. » (Ce sont les faux tuberculeux par symptômes fonctionnels ou généraux de Sergent.)

2° « Soit dans les affections non tuberculeuses de l'appareil respiratoire intrathoracique, leurs symptômes étant pour la plupart identiques à ceux des diverses formes de la tuberculose pulmonaire. » (Ce sont les faux tuberculeux par signes physiques de Sergent.)

Parmi les fausses tuberculoses par symptômes généraux et fonctionnels, les plus faciles à éliminer, et qui ne résistent en général pas à une observation complète du malade, quelques-unes ont fait l'objet d'études approfondies; nous citerons en particulier les communications de Faisans et leur discussion parues dans les *Bulletins et Mémoires* de la Société médicale des hôpitaux de Paris (janv. 1911) sur *Appendicite et tuberculose*; les travaux de Comby, de Walther et de Sergent sur la même question; la communication de M. de Fleury à l'Académie de médecine, le 2 novembre 1920, sur *Les fausses tuberculoses de nature psychopathique*; une note du Burnand parue, le 3 mars 1918, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, sur les rapports du rétrécissement mitral avec la tuberculose; une communication de Lemaire d'Alger, au Ve Congrès national de la tuberculose, à Strasbourg (2-6 juin 1923), sur *Tuberculose et paludisme*; la thèse de Cleizs (Paris), qui expose le cas d'un phlegmon périnéphrétique simulant la tuberculose pulmonaire; un article de Vis (A. William) dans *The american Review of tuberculose*, de mai 1923, intitulé *Quelques remarques sur le diagnostic entre la tuberculose pulmonaire et l'hyperthyroïdisme*; l'article de Sergent et Mignot sur *Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire* (*Revue de la tuberculose*, oct. 1925).

L'énumération de ces quelques travaux montre la variété de ces fausses tuberculoses qui n'ont pas fait encore, à notre connaissance, l'objet d'un travail d'ensemble, mais ont été étudiées séparément par divers auteurs. Il nous paraît résulter de ces travaux, que, malgré leur ressemblance avec la tuberculose pulmonaire, le diagnostic de ces affections est relative-

ment facile, incontestablement plus aisé que celui des pseudo-tuberculoses par signes physiques.

Notre troisième groupe, celui des fausses tuberculoses par signes physiques, comprendra les affections que, seule, l'absence du bacille de Koch dans l'expectoration du malade permettra le plus souvent de ne pas considérer comme tuberculeuses. De nombreuses observations ont sans doute appelé l'attention des médecins sur les rapports de ces affections avec la tuberculose, mais, jusqu'à l'exposé fait par Rist au Congrès de Glasgow, aucun travail d'ensemble n'avait été publié sur ces pseudo-tuberculoses, qui comprennent notamment : la syphilis pulmonaire, le kyste hydatique et le cancer primitif du poumon; les bronchectasies, les pleurésies purulentes enkystées, les bronchites de Castellani, les pneumoconioses, les mycoses pulmonaires, la plupart des bronchites chroniques, les catarrhes bronchiques chroniques avec adéno-médiastinite des anciens gazés, les séquelles pleuro-pulmonaires tardives des blessures de poitrine, et, enfin, les adénopathies trachéo-bronchiques.

En résumé, on peut grouper les fausses tuberculoses en trois grandes catégories :

A. Les fausses tuberculoses par affections des voies respiratoires supérieures;

B. Les fausses tuberculoses par signes physiques;

C. Les fausses tuberculoses par signes fonctionnels et généraux.

CHAPITRE II

FONCTIONNEMENT DU DISPENSAIRE CENTRAL ANTITUBERCULEUX DE BORDEAUX ET MOYENS DE DIAGNOSTIC QUI Y SONT UTILISES POUR L'EXAMEN DES MALADES.

La description de cette organisation trouve place ici, car c'est d'elle que dépend le dépistage exact des malades et leur classement en tuberculeux ou en faux tuberculeux.

Les malades examinés au Dispensaire central antituberculeux de Bordeaux, dont la consultation est assurée par M. le professeur Leuret, sont envoyés, soit par les chefs de service de l'Hôpital Saint-André qui les ont examinés dans leurs salles ou à leurs consultations, soit par le médecin des 7 dispensaires antituberculeux de Bordeaux, soit par leurs médecins traitants; quelques-uns sont déjà des tuberculeux avérés, envoyés, soit pour admission au Sanatorium de Feuillas, soit en consultation pour la vérification de leur diagnostic et la conduite de leur traitement; la plupart sont des suspects de tuberculose venus pour être soumis à une observation qui permettra, soit de confirmer, soit d'infirmer, à la lumière d'examens complémentaires, le diagnostic douteux de tuberculose pulmonaire.

Examen clinique. — Pour chaque consultant, est établi par les soins des médecins assistants, des internes et des externes du service, une fiche résumant l'observation du malade : ses antécédents héréditaires et personnels, l'histoire de sa maladie, les résultats de l'examen clinique. Muni de cette fiche, chaque malade est examiné par M. le professeur Leuret. Lorsque le diagnostic de l'affection dont il est atteint ne s'impose pas, le

malade est mis en observation, et l'on procède aux examens complémentaires.

Cette observation sera d'abord clinique et se basera sur l'étude des signes physiques, fonctionnels et généraux que présente le malade. Sans doute, aucun de ces signes n'a à lui seul une valeur probatoire absolue; aucun d'eux n'est pathognomonique de la tuberculose pulmonaire; aucun, pris isolément, ne peut être considéré comme sa signature. Cependant, lorsque plusieurs de ces symptômes sont réunis chez le même malade, lorsque nous trouvons une coexistence des signes physiques, fonctionnels et généraux de la tuberculose, nous sommes en présence d'un faisceau séméiologique qui équivaut à la preuve de l'infection bacillaire.

Nous n'énumérerons pas ici ces signes qui sont relatés en détail dans tous les livres de phtisiologie; nous indiquerons seulement ceux qui, dans nos observations, nous ont paru mériter une valeur particulière.

a) La fièvre, sur l'importance de laquelle a insisté Bezançon, qui montre en détail dans *Les bases actuelles du problème de la tuberculose pulmonaire* (Masson, Paris, 1922), la valeur de l'hyperthermie pour le diagnostic de la tuberculose. Nous avons insisté chez tous nos malades pour que la température rectale soit prise régulièrement le matin à 8 heures, et le soir à 5 heures. Nous avons essayé, chez certains, de provoquer l'apparition de la température par l'épreuve de Chuquet et Daremberg. Enfin, chez les femmes, nous avons attaché une importance particulière aux relations thermiques qui précèdent, accompagnent ou suivent les époques menstruelles, phénomènes thermiques étudiés dans la thèse du docteur Caussimon (Bordeaux, 1925), et dans un mémoire original sur *Les fièvres menstruelles et la tuberculose pulmonaire* des docteurs Leuret et Caussimon, paru dans la *Revue de la tuberculose* (déc. 1925).

b) La courbe de poids : tous les malades sont pesés, à la consultation du Centre antituberculeux, par le médecin qui les examine, et repesés à chaque nouvel examen.

c) La prise de la tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon, sur la valeur pronostique de laquelle ont insisté Potain, Papillon, Marfan, Léon Bernard et Sergent (*Journal médical français*, déc. 1922), nous a permis de constater que presque tous nos tuberculeux pulmonaires faisant la preuve de leur infection étaient hypotendus, et, dans une observation (Obs. XLVI), où tous les examens furent négatifs, nous a permis d'attribuer à des « hémorragies hypertensives » des hémoptysies presque journalières constatées chez une femme de 45 ans.

Bien que les ayant systématiquement recherchés chez tous nos malades, nous n'avons qu'exceptionnellement trouvé les signes de pleurite du sommet : inégalité pupillaire, adénite sus-claviculaire, pleurodynie, que Sergent considère comme un témoin révélateur de la tuberculose.

Au point de vue de l'examen physique, si la constatation de signes fugaces et transitoires nous a paru correspondre rarement à des lésions bacillaires, nous avons attaché une importance toute particulière à la localisation, à la persistance et à la fixité des signes physiques en un même endroit, comme c'est le cas le plus habituellement réalisé dans la tuberculose pulmonaire. Nous avons examiné avec un soin particulier les régions hilaires, la zone d'alarme de Sergent et Chauvet, les zones scissurales. Et ce n'est qu'après cet examen clinique aussi complet que possible que nous envoyons nos malades à la radioscopie.

Radioscopie. — Le service des examens radioscopiques est assuré par M. le docteur Cruchet, médecin des dispensaires de la Gironde, et fonctionne, en même temps que la consultation, dans une salle annexe, si bien qu'aussitôt après l'examen clinique, et en présence du médecin ou de l'assistant qui a pris leur observation, les malades sont examinés à l'écran radioscopique.

Radiographie. — Dans le cas où une radiographie est jugée nécessaire pour éclairer le diagnostic, les malades sont convoqués au Sanatorium de Feuillas, où les clichés radiographiques sont pris par M. le docteur Aumont, médecin assistant.

Examen bactériologique des crachats; son importance. — Selon Rist, on doit considérer que tout malade dans l'expectoration duquel on ne peut pas, à un moment donné de sa maladie, mettre en évidence le bacille de Koch, n'est pas tuberculeux et ne doit pas être traité comme tel.

Aussi, puisque la présence du bacille de Koch est le seul signe de certitude de la tuberculose pulmonaire, on comprendra combien doit être poussé loin le souci de sa recherche et pourquoi on devra s'attacher, en cas de résultat négatif, à multiplier les examens et à utiliser les divers moyens (homogénéisation, enrichissement, inoculation au cobaye), qui facilitent sa mise en évidence et permettent de faire la preuve tuberculeuse de la maladie.

Cet examen est pratiqué, au Centre antituberculeux, par Mlle le docteur Amiaud, chef de laboratoire des dispensaires antituberculeux de Bordeaux. Les procédés employés sont pour chaque malade : 1° un examen direct, après coloration suivant la méthode de Ziehl-Nelsen; 2° si le résultat est négatif, un examen suivant la méthode d'enrichissement à l'étuve ou d'autolyse de Bezançon, Mathieu et Philibert, exposée dans une communication à la Société de biologie, le 25 mars 1922. Ce procédé paraît être le plus fidèle, puisque, dans leur communication, ces auteurs exposent que, dans 227 cas d'expectorations suspectes, négatives pour la tuberculose à l'examen direct et à l'homogénéisation, ils ont pu, grâce à lui, dans 21 cas, soit plus de 8 p. 100, mettre en évidence le bacille de Koch. Nous avons d'ailleurs, à plusieurs reprises, contrôlé ces résultats par l'homogénéisation par la technique de Bezançon et Philibert.

Ces examens de crachats, lorsqu'ils restent négatifs, sont répétés aussi souvent que cela est nécessaire, et plus particulièrement au moment des poussées fébriles, des incidents nouveaux (hémoptysie), et, chez les femmes, à l'époque des règles.

Chez certains malades (le plus souvent des femmes qui ne pouvaient pas arriver à cracher), et, lorsque nous avons la

certitude que leurs lésions, même si elles étaient tuberculeuses, étaient torpides et non évolutives, nous avons eu recours à l'expectoration provoquée par la prise, durant deux ou trois jours, d'une potion renfermant un gramme d'iodure de potassium. C'est ainsi que nous avons relevé l'observation d'une malade chez qui l'expectoration provoquée nous permit de mettre en évidence de très nombreux bacilles de Koch.

Chez les rares enfants que nous avons eus à examiner, nous avons eu recours, quand cela nous a paru nécessaire, à la recherche du bacille de Koch dans les selles, suivant la technique de de Nabias, et celle de Venot et Moreau, exposée dans la *Revue de la tuberculose* (1922, p. 296).

Enfin, dans les cas qui restaient suspects après ces divers examens, nous avons utilisé l'inoculation au cobaye, suivant la technique exposée par Jousset dans le *Journal médical français* de septembre 1922. Nous avons toutefois dû limiter aux cas qui nous semblaient les plus intéressants le nombre de nos inoculations, vu le petit nombre de cobayes dont nous disposions.

Malgré le concours qu'ils peuvent apporter au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, nous n'avons pratiqué ni l'albumino-réaction de Roger et Lévy-Valensi, ni l'examen cytologique des crachats, ni les examens sérologiques, procédés d'ailleurs bien inférieurs à la recherche du bacille de Koch car, même positifs, leurs résultats, trop souvent communs à plusieurs autres affections pulmonaires, ne permettent pas d'affirmer la tuberculose. Nous avons aussi laissé de côté, malgré tout l'intérêt qu'elle peut présenter en certains cas, la culture des bacilles de Koch à partir des produits pathologiques suivant la méthode de Pétroff.

Examen des voies respiratoires supérieures. — Lorsque ces divers examens cliniques, bactériologiques et phtisiologiques, répétés en séries et poursuivis le temps nécessaire à une observation complète, ont démontré que la tuberculose n'est pas en cause, le rôle du médecin phtisiologue pourrait sembler terminé. Il n'en est rien cependant, car il ne suffit pas de dé-

clarer à un malade qu'il n'est pas tuberculeux pour le satisfaire. Il veut, en effet, savoir la cause du mal qui le fait souffrir et le moyen de le guérir ou, tout au moins, de l'atténuer. Aussi le médecin phthisiologue a-t-il le devoir de ne pas laisser inexpliquées certaines condensations pulmonaires d'ordre clinique et radiologique, certaines hémoptysies, certains syndromes d'obscurité du sommet et de rudesse respiratoire, certains troubles généraux et fonctionnels, même quand ces signes paraissent être indépendants de toute infection bacillaire. Il doit rechercher la cause du mal dont se plaint son malade, ou, tout au moins, l'aiguiller sur la voie où pourra être découverte et soignée cette cause. Or, l'expérience a montré que cette voie est très souvent celle qui mène chez le médecin oto-rhino-laryngologiste. La place des affections des voies respiratoires supérieures est si grande dans le groupe des fausses tuberculoses que, systématiquement, tout malade ne faisant pas la preuve bactériologique des troubles dont il se plaint, et rapportés par son médecin à la tuberculose, doit être soumis à un examen oto-rhino-laryngologique, qui, bien souvent, donnera la clef de ses malheurs et de son soulagement, puisque, sur 443 cas d'affections tuberculeuses non diagnostiquées chez 1.000 consultants, Rist relève 236 cas d'affections des voies aériennes supérieures. Nous dirons d'ailleurs que cette fréquence nous a paru beaucoup moins forte dans notre statistique, puisque, 57 fois seulement, nous avons pu incriminer des affections des voies respiratoires supérieures.

Sans doute serait-il plus simple, puisque « la voie aérienne est une et indivisible » (Canuyt) de faire porter l'examen sur la totalité de la voie aérienne et de soumettre à un examen oto-rhino-laryngologique tout malade qui se présente à la consultation. Ceci n'a pas été réalisé à Bordeaux, mais, grâce à la proximité de la consultation d'oto-rhino-laryngologie, située dans les bâtiments voisins du Centre antituberculeux, grâce à la complaisance de MM. le professeur Portmann et les docteurs Moreau et Despons, nous avons pu faire pratiquer l'examen oto-rhino-laryngologique de plusieurs de nos malades dont les

symptômes ne nous semblaient pas attribuables à la tuberculose pulmonaire.

Autres examens. — Enfin, lorsque tous ces examens n'arrivaient pas à élucider le diagnostic, nous avons fait, chaque fois que cela a été possible, entrer les malades au Sanatorium de Feuillas, où une observation attentive de chaque jour, le renouvellement des examens déjà faits et la mise en pratique de procédés d'examen nouveaux (exploration radiologique des bronches et du poumon après injection intratrachéale de lipiodol, cuti-réaction chez les enfants, examen sérologique et hématologique) nous ont souvent apporté des éléments précieux de diagnostic.

Tels sont les examens auxquels nous avons essayé de soumettre les 443 malades à expectoration négative observés à la consultation du Dispensaire central durant six mois. Pour beaucoup d'entre eux, sans doute, ces procédés sont restés incomplets, et pour des raisons indépendantes de notre volonté, quelques-uns seulement furent soumis à la gamme complète de ces investigations; car un grand nombre ne se présentèrent à la consultation qu'une fois ou deux, puis ne revinrent plus et furent perdus de vue.

CHAPITRE III

RESULTATS DE NOS INVESTIGATIONS LES FAUSSES TUBERCULOSES : STATISTIQUE, CLASSEMENT

Du 15 mars au 15 septembre, sur les 780 consultants venus se faire examiner au Dispensaire central, 337 étaient tuberculeux, ayant fait soit après un seul, soit après plusieurs examens, la preuve bactériologique de leur affection. Dans les 443 observations restantes, on ne put pas mettre en évidence le bacille de Koch. Il en résulte que plus de la moitié des malades se présentant à une consultation de phtisiologie ne sont pas tuberculeux, ou du moins ne font pas la preuve de leur affection par la présence de bacilles de Koch dans leur expectoration.

Comment se répartissent ces 443 observations?

A une première classe, dont nous ne nous occuperons que pour la signaler, appartiennent les 55 personnes venues seulement se soumettre à une visite de prophylaxie, soit parce qu'elles avaient été au contact de tuberculeux dans leur famille ou dans leur travail, soit parce qu'elles redoutaient la tuberculose.

Nous ne ferons que signaler aussi les 52 malades qui ne vinrent qu'une seule fois au dispensaire, et furent ensuite perdus de vue. Nous devons pourtant retenir que, sur ces 52 malades, 14 avaient présenté des hémoptysies, et que, par conséquent, chez beaucoup d'entre eux, une observation plus complète aurait certainement montré la nature tuberculeuse de leur affection. 10 consultants enfin furent perdus de vue avant qu'un

diagnostic ait pu être fait, mais ils ne présentaient sûrement aucune lésion pulmonaire décelable par l'examen stéthacoustique ou radiologique. Dans une troisième catégorie, nous placerons les 44 malades atteints de tuberculose non pulmonaire. Parmi eux, 26 étaient des pleurétiques anciens ou récents, mais dont la tuberculose parut toujours limitée à la plèvre, sans participation pulmonaire, durant la durée de notre observation. Nous devons cependant signaler à leur sujet la statistique de Brelet, qui montre que 15 p. 100 des sujets ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse et ayant guéri sont, quelques années plus tard des tuberculeux pulmonaires, voire des phthisiques (*L'avenir des pleurétiques*, Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, janv. 1925). L'avenir de ces malades doit donc être réservé, car plusieurs d'entre eux ont pu faire une participation pulmonaire guérie, ne laissant plus de trace au moment de nos examens, mais susceptible de se réveiller et de se développer ultérieurement sur ces lésions pleurales : tuberculoses postpleurétiques, sur lesquelles a particulièrement insisté Bard, de Lyon. Les 18 autres tuberculoses non pulmonaires observées se répartissent ainsi : 8 tuberculoses ganglionnaires cervicales; 4 maux de Pott; 2 coxalgies; 1 tumeur blanche du cou-de-pied; 1 abcès froid des parois thoraciques et 2 tuberculoses rénales. La plupart de ces malades, bien que leur expectoration ne renfermât pas de bacilles de Koch, se plaignaient de tousser, de cracher, et présentaient des signes de bronchite.

Quels sont les rapports de ces bronchites avec les affections bacillaires non pulmonaires concomitantes? C'est là une question encore mal tranchée, particulièrement étudiée par Florand, François et Flurin dans leur livre : *Les bronchites chroniques et leur traitement* (1913), sous le titre de *Bronchites des scrofuleux*. Ces auteurs, impressionnés par la très grande susceptibilité bronchique de ces sujets, le retentissement de ces poussées de bronchite sur l'état général et les signes d'imprégnation bacillaire de ces malades, considèrent que, malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, on ne saurait mettre en doute l'origine bacillaire de ces états, et ils rattachent à la

tuberculose la bronchite des scrofuleux. De même Montoux, malgré l'absence de bacilles de Koch, range ces malades dans le groupe des tuberculoses fermées, lorsqu'ils présentent une localisation pulmonaire et des signes fonctionnels et généraux qui réalisent le tableau de la tuberculose pulmonaire (*Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée*, Ch. Montoux, *Presse médicale*, 11 nov. 1918).

Mais c'est là une opinion qui est loin d'être généralement admise et tout à fait contraire à celle de Marfan, confirmée par les statistiques de Léon Bernard et Masselot, qui admettent que les localisations pulmonaires de la tuberculose chez les sujets ayant présenté des localisations extra-pulmonaires de cette maladie, notamment lupus et écrouelles, sont tout à fait exceptionnelles:

Si nous éliminons de notre statistique les malades venus pour une simple visite de prophylaxie, les malades insuffisamment examinés et les tuberculeux non pulmonaires, il nous reste 282 observations que nous répartissons ainsi :

1° 57 pseudo-tuberculoses par affection des voies respiratoires supérieures;

2° 95 pseudo-tuberculoses par signes physiques;

3° 70 pseudo-tuberculoses par signes généraux et fonctionnels;

Soit au total 222 observations.

Il nous reste donc encore 60 observations de malades n'ayant jamais présenté de bacilles de Koch dans leur expectoration, mais chez lesquels il ne nous a pas été possible d'arriver à un diagnostic précis. Chez un certain nombre d'entre eux, cependant, malgré l'absence de bacilles, les signes physiques, les signes fonctionnels et les signes généraux étaient tellement en faveur du diagnostic de tuberculose que nous pensons qu'il s'agit de tuberculose fermée. Et nous avons été assez heureux, malgré le court espace de temps dont nous disposions, pour observer 9 cas où, après avoir refusé de se laisser découvrir par tous les moyens d'investigation employés, le bacille de Koch se montra à l'occasion de nouvelles poussées. Les tuber-

culoses fermées, bien que peu fréquentes, nous paraissent cependant moins exceptionnelles que ne l'admet Rist, puisque nous en avons relevé 23 cas.

Enfin, nous avons classé sous la rubrique « douteux » les 35 cas qui nous restent, et dans lesquels, malgré une observation prolongée, nous n'avons pu ni poser un diagnostic, ni conclure à la tuberculose fermée, car nous n'avons pu rassembler un faisceau de signes suffisants pour affirmer la tuberculose. Nous sommes persuadé cependant que, dans beaucoup de ces cas, où la tuberculose peut être fortement soupçonnée, elle doit être recherchée avec opiniâtreté par tous les moyens d'investigation possibles afin de pouvoir être décelée et soignée dès ses premières manifestations .

CHAPITRE IV

PSEUDO-TUBERCULOSES PAR AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES

Ce sont les mieux étudiées des fausses tuberculoses. Elles réalisent cliniquement deux syndromes principaux, traduisant le mécanisme de l'affection qui les cause :

a) Un syndrome d'insuffisance respiratoire fonctionnel, surtout très fréquent au sommet, auquel Sergent a consacré un chapitre de son livre sur *Les grands syndromes respiratoires*, correspondant plus particulièrement aux simples obstructions mécaniques des voies respiratoires supérieures. Cette insuffisance respiratoire a été particulièrement étudiée par le docteur du Pasquier, qui, dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 avril 1924 (*L'insuffisance respiratoire et son traitement*), en a tracé un tableau très complet.

b) Un syndrome de rhino-bronchite descendante, correspondant à la propagation aux bronches des infections des voies respiratoires supérieures et de leurs annexes.

Si ces deux syndromes peuvent simuler la tuberculose, c'est le second qui est de beaucoup le plus fréquent et qui, par les manifestations cliniques qu'il produit, risque le plus d'induire le médecin en erreur.

A. *Syndrome d'insuffisance respiratoire des sommets.* — Il se rencontre surtout chez les adolescents de 14 à 18 ans, se traduit par un état général spécial à ces sujets, qui sont maigres, chétifs, allongés, peu robustes, efflanqués et anémiques, à thorax peu développé, étroit, souvent déformé, en carène ou

en entonnoir, d'un poids inférieur au poids normal des sujets de leur âge, mais toujours apyrétiques. La capacité respiratoire de ces sujets est toujours nettement affaiblie ainsi que permettent de le constater la mensuration du périmètre thoracique, la détermination de l'indice respiratoire de Hirtz, et notamment de l'indice moyen, la spirométrie, la pneumatométrie et la pneumographie. On soumettra ces sujets à l'épreuve de l'apnée respiratoire, étudiée par Sabrazès en 1902, puis par Bourgeois dans sa thèse (Paris, 1921). L'insuffisant respiratoire ne pourra rester en apnée volontaire que de 10 à 30 secondes, tandis qu'un sujet normal peut y rester 45 secondes.

L'examen physique permet de constater, à l'inspection, une diminution des surfaces d'extension des sommets, qui se traduit par une dépression du creux sus-claviculaire, une diminution de l'expansion des sommets et une faible amplitude des mouvements du diaphragme, que traduira la diminution de la mobilité de la partie inférieure de la cage thoracique. Les vibrations peuvent être diminuées ou normales, jamais augmentées. La percussion ne donne, en général, pas grand'chose, tout au plus une légère submatité, peu franche, à laquelle convient mieux le nom « d'hyposonorité associée à une élévation plus ou moins notable de la tonalité » que lui a donné Sergent. L'auscultation montre une obscurité très marquée, que traduit une diminution très notable du murmure vésiculaire, allant parfois jusqu'à la suppression complète, avec inversion du rythme normal par prolongement de l'expiration. De plus, Sergent a noté, au moment de l'inspiration qui suit la toux, « quelques petits râles de déplissement » pouvant simuler des craquements, alors qu'il n'existe jamais ni souffle, ni bruits adventices, et que jamais le murmure vésiculaire n'est rude. Ces signes sont habituellement bilatéraux.

Enfin, l'examen radiologique ne fait que confirmer les résultats de l'examen physique, qu'il traduit par une diminution très nette de l'amplitude des mouvements respiratoires et du jeu du diaphragme. Il montre, le plus souvent, un cœur médian, en goutte. Ces malades toussent et crachent en temps

normal. Ils n'ont jamais de *température*, et c'est là, avec l'éclairage des sommets à la toux, un signe différentiel des plus importants pour le diagnostic avec la tuberculose.

Le diagnostic de ces insuffisances respiratoires se fera avec les anomalies respiratoires localisées à un sommet, le droit le plus souvent, caractérisées, en plus de l'obscurité des sommets, par des modifications du timbre et du rythme du murmure vésiculaire, caractéristiques pour Grancher, qui les a le premier décrites dans *Les maladies de l'appareil respiratoire* (p. 436, 1890), de la « période de germination » des tubercules. En réalité, comme l'a montré Bezançon, et Grancher lui-même a souscrit à cette interprétation, il s'agit là non pas des signes de début de la tuberculose pulmonaire, mais « des signes d'une lésion déjà ancienne, qui pourrait être ou immobilisée ou cicatrisée » (Bezançon, *Les bases actuelles de la tuberculose*, 1922). Le diagnostic se fera aussi avec la triade symptomatique d'obscurité du sommet droit, d'hyposonorité, d'exagération des vibrations, que Ramond et François, dans une communication à la Société de médecine des hôpitaux de Paris (16 nov. 1917) sur « la submatité du sommet droit », considéraient comme traduisant un syndrome normal, causé par la diminution du jeu du diaphragme à droite, due à la présence du foie. Enfin, le diagnostic doit surtout se faire avec les formes habituelles de la tuberculose pulmonaire qui s'accompagnent de signes physiques spéciaux (craquements et râles), d'un syndrome radiologique traduisant une condensation pulmonaire, ou montrant le mauvais éclaircissement des sommets, après la toux, et, enfin, de signes fonctionnels et généraux, notamment de toux, d'expectoration, et surtout de fièvre, qui est toujours absente lorsque l'insuffisance respiratoire est d'origine nasale. Il faudra penser à cette insuffisance respiratoire en présence de malades dont la respiration ne serait pas « nasale », « totale », « symétrique » et « régulièrement rythmée ».

Quelle est la cause de cette insuffisance respiratoire? Sergent l'attribue à une insuffisance du jeu du diaphragme, secondaire à un obstacle rhino-pharyngé. C'est, en ce qui nous con-

cerne, le plus souvent des sujets porteurs ou anciens porteurs de végétations adénoïdes ou d'une imperméabilité nasale de cause quelconque, qui les ont habitués à mal respirer et à respirer surtout par la bouche, ce qui explique l'affaiblissement du rôle de défense du nez et du pharynx, et facilite parfois secondairement l'infection et l'inflammation de la trachée et des bronches, réalisant ainsi le syndrome de rhino-bronchite descendante que nous allons décrire.

B. *Les rhino-bronchites descendantes* sont à la fois les plus fréquentes et les plus intéressantes des pseudo-tuberculoses par affections des voies respiratoires supérieures. Elles sont d'ailleurs l'aboutissant presque fatal de la forme que nous venons d'étudier. Florand, François et Flurin, dans leur livre sur *Les bronchites chroniques et leur traitement* (Paris, 1913), ont, les premiers, mis en évidence leur mode de production, par :

- a) Affaiblissement du rôle de défense du nez et du pharynx;
- b) Troubles réflexes d'origine nasale et pharyngée;
- c) Infections propagées du nez et du pharynx aux bronches.

C'est surtout cette dernière cause qui nous paraît particulièrement importante, et se trouve presque toujours à l'origine des rhino-bronchites descendantes. Toutes les affections des premières voies respiratoires, depuis le simple et fréquent coryza ou les végétations adénoïdes, qu'il est commun de trouver chez la plupart des enfants, sont susceptibles de donner naissance à ces rhino-bronchites descendantes.

Les lésions que l'on trouve le plus fréquemment à leur origine sont :-

- a) Le coryza;
- b) Les végétations adénoïdes;
- c) Les inflammations chroniques des amygdales;
- d) Toutes les malformations de la cloison : déviation simple, luxation du bord inférieur sur le plancher, épaississement, soit du bord inférieur, soit sur le bord inférieur lui-même (arête ou éperon);
- e) Hypertrophie des cornets inférieurs;

f) Les empyèmes des sinus antérieurs : frontaux, maxillaire et ethmoïde antérieur; et des sinus postérieurs : sinus sphénoïdal et ethmoïde postérieur;

g) Les rhinites, et plus particulièrement la rhinite atrophique;

h) Les polypes muqueux, coïncidant avec une suppuration chronique des fosses nasales.

Les malades atteints d'une de ces lésions, qui diminue ou obstrue leur perméabilité nasale, non seulement respirent par la bouche, mais de plus, et c'est là la grande cause de l'infection, vident leur fosse nasale par derrière, « se mouchent dans leur pharynx », selon l'expression d'Escat, et contaminent ainsi, par contiguïté, leur trachée et leurs bronches.

Ces lésions sont si variées qu'un examen complet du district oto-rhino-laryngologique s'impose chez tous « les perpétuels enrhumés, les moucheurs chroniques, les touseurs, les cracheurs, les malades à passé nasal chargé » (Canuyt), lorsque leur affection ne semble pas tuberculeuse.

Cet examen, décrit en détail dans le rapport de Canuyt sur les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire, sort du domaine du phtisiologue et appartient au spécialiste. Néanmoins, il est une épreuve sur laquelle nous insistons, parce que nous l'avons pratiquée chez la plupart de nos malades suspects, qu'elle est à la portée de tout médecin et qu'elle fournit souvent des renseignements précieux : c'est l'épreuve du mouchoir pour l'exploration des sinus. On fait prendre trois mouchoirs au malade : avec le premier, il se mouche du côté droit; avec le second du côté gauche; avec le troisième, il recueille les mucosités qu'il renifle ou déglutit normalement. Si l'un des mouchoirs est sale, taché en jaune ou vert, il doit faire penser à de la sinusite purulente et faire diriger le malade chez un spécialiste, qui pratiquera un examen complet et recherchera le siège précis de sa lésion. Canuyt a particulièrement insisté sur cette épreuve, affirmant « qu'il est aussi utile, chez un malade atteint de bronchite, d'examiner le mouchoir que le crachoir ».

Il est de plus évident que toutes les causes d'irritation de la muqueuse bronchique facilitent l'apparition de ces bronchites secondaires. Parmi les causes favorisantes, nous citerons notamment :

1° Le rôle du froid et de l'air sec et l'importance des poussières d'origine minérale et métallique surtout en présence de la disparition du rôle de défense du nez et du pharynx.

2° Le rôle nocif du tabac;

3° Les gaz irritants, notamment les gaz lacrymogènes et l'ypérite dont la guerre a illustré tragiquement l'action nocive sur la muqueuse bronchique;

4° Les causes d'infection;

5° La débilité bronchique, à laquelle Florand, François et Flurin accordent une grande importance, puisqu'ils la considèrent comme un état presque nécessaire sur lequel agissent les autres causes ci-dessus énumérées.

La symptomatologie de ces affections est assez variée selon le point de départ de la maladie et selon le temps d'évolution. Il existe cependant une symptomatologie commune à la plupart de ces malades : ce sont généralement, au moins au début, des touseurs et des cracheurs qui tolèrent assez bien leur affection et présentent peu de signes fonctionnels ou généraux. Ils se soignent depuis longtemps, des années parfois, pour une bronchite excessivement tenace et désespérément récidivante, évoluant par poussées. Ils ne se sont généralement pas aperçus qu'ils sont obligés de respirer par la bouche. Ils ne présentent pas de température. Leur état général est variable : ce sont tantôt des individus robustes, dont la santé ne paraît pas avoir été ébranlée par l'affection rhino-bronchique; tantôt des malades maigres, chétifs, allongés, présentant l'aspect d'insuffisants respiratoires ou de tuberculeux. Certains, enfin, notamment les sujets atteints d'empyème chronique des sinus ou dont les bronches sont malades depuis longtemps, présentent de la fièvre, de l'amaigrissement, de l'anorexie, des sueurs nocturnes, de la fatigue, de la lassitude, en un mot, tous les signes d'une infection bacillaire, parfois même quelques filets de sang dans leur expectoration.

Si l'on examine ces sujets, on est souvent frappé par la forme de leur nez, qui peut donner des renseignements précieux sur le siège de leur affection : c'est ainsi que, d'après Rist (*Presse médicale*, 24 juill. 1916), « les grands nez busqués, minces, effilés, dénotent, au premier coup d'œil, l'étroitesse congénitale des fosses nasales », que les nez déviés traduisent une déviation de la cloison et que l'élargissement de la racine du nez correspond souvent à une hypertrophie des cornets moyens.

Signes fonctionnels. — Ces malades toussent et crachent depuis longtemps. La toux et l'expectoration sont surtout importantes le matin, au réveil, car, à ce moment-là, le malade fait des efforts pour vider son rhino-pharynx, sa trachée et ses bronches des mucosités qui s'y sont accumulées pendant son sommeil. L'expectoration est abondante, muco-purulente, et rappelle souvent les crachats nummulaires. Dans la journée, les malades reniflent leurs mucosités plus ou moins abondantes (reniflement guttural de Guéneau de Mussy), puis les expectorent. Enfin, de petites hémoptysies, dues à la présence de varices pharyngées développées et s'ouvrant à la suite des efforts de toux des malades, peuvent strier leurs crachats de sang ou même donner lieu à des crachements presque purs de sang rouge, qui impressionneront le malade et le conduiront chez le médecin. Ces sujets présentent aussi des modifications de leur voix, qui est souvent éraillée, enrouée, voilée, et revêt un timbre spécial : c'est ce que l'on appelle de la « rhinolalie ». La dyspnée se montre souvent chez ces malades. La fièvre est chez eux un élément inconstant, existant dans certains cas (Léon Bernard) caractérisés par l'instabilité thermique ou l'hyperthermie vespérale, faisant totalement défaut dans d'autres.

Signes physiques. — Ce sont, le plus fréquemment, des signes de bronchite. L'inspection montre parfois une ampliation thoracique diminuée; ce sont souvent, au début, des malades à thorax étroit et à indice respiratoire faible; plus tard, beaucoup d'entre eux deviennent emphysémateux et présentent au contraire un thorax globuleux, mais dont l'indice respiratoire reste

faible. La palpation et la percussion ne font pas percevoir des modifications qui méritent d'être signalées. L'auscultation fait entendre le plus souvent des râles secs : ronchus et sibilances de calibre varié, des râles humides et une expiration prolongée qui simulent l'emphysème. Ces signes de bronchite, habituellement généralisée, peuvent parfois être localisés à un lobe et y prendre une fixité et une permanence qui feront alors penser à la tuberculose pulmonaire, surtout lorsque coïncideront les signes généraux de cette infection, notamment la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie, l'asthénie, et des signes ganglionnaires. Mais l'absence : 1° de modifications à la palpation et à la percussion (pas de matité); 2° de condensation à l'examen radiologique; 3° de bacilles de Koch dans l'expectoration, permettront d'éliminer ce diagnostic.

Enfin, Sergent signale des adénopathies sous-maxillaires, rétro-maxillaires et cervicales, parfois très importantes, et qui sont secondaires aux infections inflammatoires du rhino-pharynx.

Chez tous ces malades, soupçonnés d'affections des voies respiratoires supérieures, il faudra donc procéder, avec beaucoup de soin, à une observation minutieuse, noter en détails les signes qui indiquent ou contre-indiquent le diagnostic de tuberculose, faire pratiquer un examen complet du district otorhino-laryngologique par un médecin spécialiste, faire traiter, lorsqu'elles sont découvertes, les lésions primitives à la rhino-bronchite, ne pas perdre de vue les malades, afin de pouvoir vérifier si le traitement des lésions rhino-pharyngées entraîne une amélioration de la bronchite, et, enfin, procéder à des examens répétés de crachats et rechercher le bacille de Koch par tous les moyens d'investigation, surtout si les lésions bronchitiques semblent résister au traitement institué. Il ne faut pas oublier, en effet, que si les affections des voies respiratoires supérieures simulent souvent la tuberculose, elles n'empêchent nullement son éclosion et son évolution, et les cas ne sont pas rares où elles coexistent avec elle, comme vient d'y insister Rist dans sa communication sur *Les diagnostics erronés*

de tuberculose pulmonaire et les affections des voies aériennes supérieures, faite en octobre 1925, à la séance inaugurale de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose, d'Alsace et de Lorraine, à Strasbourg (*Journal de la tuberculose*, oct. 1926).

Sur nos 57 pseudo-tuberculeux par affection des voies respiratoires supérieures, 8 nous parurent présenter un syndrome d'insuffisance respiratoire fonctionnel des sommets; 49 nous semblèrent atteints de rhino-trachéobronchite descendante. Parmi les premiers, nous citerons l'observation suivante :

OBSERVATION I

(Résumée).

D... (Jean), 17 ans.

Se présente à la consultation le 24 mai 1926, envoyé par son médecin parce qu'il s'enrhume facilement et tousse.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A présenté dans son jeune âge une adénite cervicale qui n'a pas suppuré et n'a pas laissé de traces.

Examen du malade. — Jeune homme grand (1 m. 74), maigre (34 kilos), efflanqué, à thorax étroit. Anorexie. Amaigrissement. Pas de sueurs nocturnes; pas de température. S'enrhume facilement et tousse, surtout la nuit.

Examen de l'appareil respiratoire. — Inspection : thorax étroit, creux sus et sous-claviculaires très marqués. Ampliation thoracique faible. A la palpation et à la percussion, rien d'anormal.

Auscultation. — Obscurité respiratoire, surtout marquée aux deux sommets, où le murmure vésiculaire n'est que faiblement entendu. Expiration prolongée, pas de bruits surajoutés.

Les preuves de l'apnée respiratoire montrent que le sujet ne peut rester en apnée volontaire plus de vingt-cinq secondes.

L'examen des crachats ne peut être pratiqué, le malade ne crachant pas.

Radioscopie. — On note une diminution de l'expansion et de la transparence des sommets. L'amplitude des mouvements respira-

toires est faible, le jeu du diaphragme paraît diminué. Les sommets s'éclairent à la toux.

Parmi les 49 malades de la seconde catégorie, nous relevons : 15 sinusites, 15 végétations adénoïdes, 9 hypertrophies des cornets inférieurs, 4 éperons, 2 déviations de la cloison et 4 coryzas simples ou compliqués d'amygdalite chronique. Parmi ces observations, nous en citerons deux, l'une de sinusite, l'autre d'hypertrophie des cornets inférieurs, nous paraissant avoir réalisé le type de la rhino-bronchite descendante.

OBSERVATION II.

I... (Raphaël), 39 ans, chaudronnier.

Se présente à la consultation le 25 juin 1926 parce que, depuis trois mois, il tousse et crache, surtout le matin.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler; pas d'hérédité bacillaire; pas de tuberculose en ligne collatérale.

Antécédents personnels. — Jamais de grave maladie ayant forcé le malade à garder le lit, mais il se plaint de fréquents maux de gorge et d'oreilles. Opéré d'adénotomie et d'amygdalotomie dans le jeune âge; il y a trois mois, rhume de cerveau, puis bronchite; depuis lors, mouche du pus.

Examen. — Actuellement le malade tousse et crache. Amaigrissement très marqué; perte de poids de 9 kilos en trois mois. Anorexie, sueurs nocturnes, température vespérale légère (37°7-37°8), maux de tête fréquents.

L'épreuve des mouchoirs montre la présence de pus dans les mucosités de la narine gauche et de la narine droite.

Examen de l'appareil respiratoire. — Inspection, palpation et percussion : rien d'anormal.

Auscultation. — Respiration très diminuée dans l'étendue des deux poumons, mais surtout à droite, où l'oreille perçoit quelques sibilances.

Examen des crachats. — Examen direct et après homogénéisation :

pas de bacilles de Koch. L'inoculation de crachats au cobaye est négative.

Radioscopie. — Les deux sommets sont gris et s'éclairent mal à la toux. Le reste des plages pulmonaires est bon. En vue postérieure, la grisaille des sommets est plus accentuée et déborde largement au-dessous de l'ombre claviculaire. Les bases sont bonnes, le diaphragme est bon.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Montre une sinusite frontale. Le traitement de la sinusite (fumigations, vaporisations) est institué; on prescrit de plus au malade une cure sulfureuse et un mélange apéritif.

Le malade, revu en octobre, paraît nettement amélioré.

OBSERVATION III.

(Résumée).

L... (Irène), ménagère, 30 ans.

La malade se présente à la consultation, le 10 juillet 1926, parce qu'elle tousse et qu'elle crache. Elle est soignée en ville depuis six ans par son médecin pour lésion du poumon droit.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Aurait présenté il y a six mois de la congestion du sommet droit avec fièvre. Depuis, crache quelques filets de sang; a beaucoup maigri, anorexie, pas de température. Un examen de crachats pratiqué il y a six ans était négatif.

Examen de la malade. — Malade grande, maigre, se plaignant de respirer difficilement par le nez.

Examen pulmonaire. — A l'inspection, thorax étroit. Les vibrations paraissent augmentées au sommet droit, où la percussion décèle un léger degré de submatité.

L'auscultation montre une obscurité du sommet droit, où la respiration paraît même un peu granuleuse dans la fosse sus-épineuse. Pas de bruits surajoutés. Rien au poumon gauche. L'examen des crachats est négatif. L'inoculation au cobaye est négative. La radioscopie montre une image thoracique normale.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Montre une hypertrophie des cornets inférieurs; la malade est opérée. Revue deux mois après, elle présente une amélioration nette; a augmenté de poids, tousse moins et ne crache plus.

Enfin, nous avons rangé dans les pseudo-tuberculoses par affection des voies respiratoires supérieures l'observation suivante, où une hémoptysie, apparue chez une personne fatiguée et à état général médiocre, était due à une rupture d'une varice pharyngée. Cette observation nous paraît analogue à celle que signale Rist dans sa communication à la séance inaugurale de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose d'Alsace et Lorraine, à Strasbourg, en octobre 1925.

OBSERVATION IV.

(Résumée).

Mlle C..., 32 ans, institutrice.

Vient à la consultation, le 4 juin 1926, parce qu'elle a présenté, il y a deux mois, à l'époque de l'apparition de ses règles, puis il y a quinze jours, deux petites hémoptysies.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

Examen de la malade. — Etat général médiocre. La malade, encore forte, a cependant maigri de 8 kilos depuis deux ans. Elle est fatiguée, mais cette fatigue paraît due au surmenage intellectuel de la malade. Quelques sueurs nocturnes. Température vespérale, 37° 7-37° 8. Pas d'anorexie. L'examen pulmonaire est absolument négatif. Un examen de crachats ne montre pas de bacilles de Koch. La radioscopie ne permet pas de déceler de lésion pulmonaire. Un examen oto-rhino-laryngologique permet de voir une varice du pharynx qui a probablement provoqué l'hémoptysie signalée. Cautérisation du point saignant : depuis, plus d'hémoptysie.

Bien qu'elle soit dans 96 p. 100 des cas la signature de la nature tuberculeuse des lésions, l'hémoptysie ne relève pas forcément de la tuberculose. L'existence certaine, en dehors de

toute lésion bacillaire, d'hémoptyisie traduisant des épistaxis postérieures des fosses nasales, des gingivites alvéolo-dentaires, des varices du pharynx nasal ou buccal, saignant à l'occasion d'efforts ou de quintes de toux, des varices de la base de la langue (68 observations sur 128 cas d'hémoptyisies non tuberculeuses, d'après Garel), du larynx et de la trachée, nous conduit à être très prudent avant d'affirmer la tuberculose, en présence d'une hémoptyisie qui ne s'accompagne pas de la constatation de bacilles de Koch dans les crachats, et à soumettre dans tous les cas ces malades à un examen oto-rhino-laryngologique.

Enfin, bien que nous n'en ayons pas recueilli d'observation, indiquons, pour terminer, que les corps étrangers des voies aériennes doivent toujours être soupçonnés en présence d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie dont l'étiologie reste indécise.

CHAPITRE V

LES FAUSSES TUBERCULOSES PAR SIGNES PHYSIQUES

Les faux tuberculeux par signes physiques sont ceux dont les affections de l'appareil respiratoire intrathoracique se traduisent par des symptômes physiques identiques à ceux observés dans les diverses formes de la tuberculose pulmonaire. L'analogie peut d'ailleurs être plus complète, lorsque, à ces symptômes physiques, s'ajoutent, comme c'est souvent le cas, des symptômes fonctionnels et généraux, communs, eux aussi, aux maladies que nous avons actuellement en vue et à la tuberculose pulmonaire. Cette classe groupe des maladies d'une étiologie très variée, puisqu'elle renferme : la syphilis du poumon, le cancer primitif du poumon, le kyste hydatique du poumon, les pleurésies purulentes enkystées, les mycoses pulmonaires, les pneumoconioses, la plupart des bronchites chroniques non tuberculeuses, les bronchectasies, les bronchites de Castellani, les catarrhes bronchiques chroniques avec adéno-médiastinite des anciens gazés, les séquelles pleuro-pulmonaires tardives des blessures du poumon, et, enfin, bien qu'elles ne soient pas des maladies de l'appareil respiratoire à proprement parler, les adénopathies trachéo-bronchiques, qui se traduisent, elles aussi, par des signes pulmonaires, pouvant faire songer à la tuberculose pulmonaire qu'elles simulent parfois.

Il eût été intéressant, sans doute, d'envisager l'une après l'autre chacune de ces affections, qui mériterait une étude détaillée dans un travail traitant des fausses tuberculoses. Mais nous n'avons pas l'intention de faire ici une analyse de toutes

les fausses tuberculoses, et nous avons simplement en vue, dans ce travail, l'étude des fausses tuberculoses que nous avons rencontrées durant les six mois consacrés à nos observations.

Nous ne traiterons donc ni du cancer primitif du poumon, ni du kyste hydatique du poumon, ni des pleurésies purulentes enkystées, ni des mycoses pulmonaires, ni des pneumoconioses, ni des bronchites de Castellani, ni, enfin, des séquelles pleuro-pulmonaires tardives des blessures du poumon.

Nous étudierons seulement : la syphilis pulmonaire, que nous avons relevée dans 5 cas, la bronchectasie, dont nous possédons 3 observations typiques, les catarrhes bronchiques chroniques des anciens gazés, auxquels pouvaient être rapportés les phénomènes pathologiques de 6 de nos malades, et, enfin, les deux grands groupes des bronchites chroniques non tuberculeuses et des adénopathies trachéo-bronchiques, qui, respectivement, 56 et 25 fois, semblent pouvoir être mises en cause.

I. Syphilis du poumon.

Les rapports de la syphilis et de la tuberculose ne seront pas envisagés dans cette étude, où nous nous occuperons seulement de la syphilis pulmonaire pouvant simuler la tuberculose. Nous n'envisagerons pas non plus la coexistence ou l'association de ces deux maladies, dont les sympathies réciproques ont fait dire à Sergent que « la syphilis faisait le lit de la tuberculose », et dont l'association est souvent néfaste, au point que Landouzy a pu écrire : « La pire association que je connaisse est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante. » Cependant, si autorisés qu'ils puissent paraître, les avis que nous venons de citer ne s'accordent pas toujours avec la clinique, qui nous a souvent montré que certaines tuberculoses évoluant chez des syphilitiques anciens sont nettement améliorées par un traitement spécifique de la syphilis.

Nous basant sur les 5 observations recueillies à la consulta-

tion du Centre antituberculeux, nous étudierons : 1° la syphilis héréditaire du poumon; 2° la syphilis pulmonaire de l'adulte.

A. **Syphilis héréditaire du poumon.** — Elle nous paraît être en cause dans 2 de nos observation (Obs. V et VI). Dans ces deux cas, les malades, âgés respectivement de 15 et 23 ans, étaient venus nous trouver pour troubles fonctionnels et généraux, qui, à un premier examen, avaient fait penser à la tuberculose, diagnostic que semblaient confirmer d'ailleurs les examens physique et radiologique des poumons de ces malades, mais qu'infirmait la recherche répétée du bacille de Koch dans les crachats.

Dans ces deux cas, comme nous le verrons plus loin, nous sommes arrivé au diagnostic de syphilis pulmonaire par élimination; dans ces deux cas, nous avons affaire à des manifestations de syphilis héréditaire tardive, dont les symptômes présentent d'ailleurs la plus grande analogie avec ceux de la syphilis pulmonaire tertiaire acquise.

Nous devons enfin signaler, bien que nous n'en ayons pas d'observation, qu'il existe des cas d'hérédo-syphilis précoce, se manifestant dans les deux ou trois premières années de la vie, et parfois difficile à distinguer de la tuberculose du premier âge, cas bien étudiés par Sergent dans son volume « *Syphilis et tuberculose* » (p. 143 et suiv.).

La syphilis héréditaire du poumon est une infection relativement fréquente chez les nourrissons et les enfants nés de parents syphilitiques. Son diagnostic n'est pas toujours posé, car elle est le plus souvent prise pour de la tuberculose et traitée comme telle, erreur d'autant plus dommageable que l'enfant, voué ainsi à une mort à peu près certaine, aurait pu aisément être sauvé par l'institution d'un traitement spécifique. Ed. Fournier considère trois formes différentes de syphilis pulmonaire :

1° Une forme d'infiltration diffuse, type de splénisation, de broncho-pneumonie ou d'hépatisation blanche de Wirchow;

2° Une forme localisée, circonscrite, constituée par de véritables petites gommes; c'est une forme précoce, sournoise, dif-

ficile à diagnostiquer, car elle ne se traduit extérieurement par aucun symptôme, si bien que Marfan a pu écrire que : « chez le nouveau-né, la syphilis pulmonaire n'a pas d'histoire clinique »;

3° Une forme caverneuse, presque toujours confondue avec la phtisie. Plus tardive, n'apparaissant guère avant 6 ou 7 ans, elle peut cependant être relativement précoce. C'est dans un cas analogue que, chez un enfant de 3 ans, présentant des signes de caverne à la partie moyenne du poumon, Dieulafoy, connaissant ses ascendants, obtint, grâce à un traitement mixte de quelques semaines, la disparition des signes de la pneumopathie.

De la dyspnée, de la toux, quelquefois des hémoptysies, une fièvre intermittente à poussées vespérales, mais sans retentissement sur l'état général du malade, tels sont les signes le plus fréquemment observés dans les cas de syphilis pulmonaire héréditaire.

C'est l'absence de bacilles de Koch, la recherche des commémoratifs, la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann, la présence d'autres lésions spécifiques ou de stigmates qui, d'après Ed. Fournier, permettent seuls de reconnaître la nature des lésions et d'instituer un traitement spécifique, qui fera toujours merveille dans les cas de syphilis pulmonaire héréditaire.

B. Syphilis pulmonaire de l'adulte. — Connue, dès le début du xvi^e siècle, sous le nom de « phtisie vérolique », particulièrement étudiée par Sergent, qui, outre son volume *Syphilis et tuberculose* (1907), lui a consacré de nombreux articles et un très grand nombre de communications, la syphilis pulmonaire acquise est le plus souvent une lésion tertiaire de la syphilis, c'est-à-dire une lésion qui apparaît généralement de la troisième à la vingtième année après l'accident primitif. La syphilis pulmonaire, en effet, se montre tardivement dans l'infection syphilitique acquise. « Il n'y en a pas qui se développe à une époque plus reculée », disait Mauriac. Cependant, comme tous les accidents de la période tertiaire, elle peut parfois

apparaître dès la première année comme se manifester au bout de cinquante ans et plus.

Enfin, comparativement au grand nombre des affections des voies respiratoires, d'une part, et aux autres localisations tertiaires de la syphilis, d'autre part, la syphilis pulmonaire est une maladie rare, plus fréquente cependant qu'on ne le croyait avant que les autopsies, les travaux anatomo-cliniques de ces dernières années ne lui aient rattaché beaucoup de prétendues phtisies. « La fréquence des pneumopathies syphilitiques ne saurait d'ailleurs être exactement mesurée; il n'est point douteux, en effet, qu'elles ne soient plus fréquentes que les faits cliniques ne semblent l'indiquer; beaucoup de formes peu caractérisées, sclérose ou bronchectasie, ont été mises au compte de la tuberculose, qu'il est permis de rapporter à la syphilis. » (Mirande.)

Les ressemblances de la syphilis pulmonaire avec la tuberculose sont, en effet, telles, que longtemps ces deux affections ont été confondues. Brambilla, dans son *Traité du phlegmon* (1777), n'écrivait-il pas, à propos d'une telle erreur de diagnostic : « On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien, pour s'en frotter, et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire, pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de la méprise, prit, de cet onguent, environ la grosseur d'une noix muscade, deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri de sa maladie, au grand étonnement du médecin, qui apprit ensuite, par hasard, de l'apothicaire, comment la chose s'était faite. » Au fond, si les apothicaires ne commettent qu'exceptionnellement de telles erreurs, les choses n'ont cependant pas tellement changé aujourd'hui, car, malgré les moyens d'investigation si perfectionnés, dont disposent les médecins, n'ont-ils par chaque jour recours au traitement d'épreuve, pour voir, en bien des cas, si une lésion qui n'a pas fait la preuve d'un cancer, d'une tuberculose ou d'une sporotrichose, ne serait pas, pour le plus grand bénéfice du malade,

d'origine spécifique¹ Je n'en veux pour preuve que l'observation citée par Sergent, dans son article : *A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique*, paru dans le *Journal des praticiens* (22 déc. 1906), et la remarque de Rist (Congrès de Glasgow, 1923), « que parfois le traitement spécifique, appliqué à quelque lésion cutanée tertiaire concomitante, guérit du même coup, avec une surprenante rapidité, la maladie pulmonaire dont on reconnaît alors la véritable nature ».

Et, d'ailleurs, dans cet exposé, au Congrès de Glasgow, sur la différenciation clinique de la tuberculose pulmonaire d'avec les autres affections des voies respiratoires, Rist ne réserve à la syphilis pulmonaire qu'un bien court paragraphe, signalant son caractère exceptionnel et la difficulté de son diagnostic, auquel il faut songer, lorsqu'en présence de signes cliniques de tuberculose pulmonaire on se heurte à des examens de crachats constamment négatifs. La syphilis pulmonaire est capable de simuler toutes les formes de tuberculose, ainsi que nous le montrent les travaux de Lagneau, Lancereaux, Landrieux, Fournier, Jullien, Mauriac, Dieulafoy. Barde et Patterson ont publié, dans *The medical Journal of Australia* (24 mars 1923), une étude de 32 cas de syphilis pulmonaire, dont 18 confirmés par l'autopsie, étude dans laquelle ils insistent sur la difficulté du diagnostic avec la tuberculose pulmonaire.

En décembre 1922, Courcoux et Lelong, traitant, dans le *Journal médical français*, des formes cliniques et du diagnostic de la syphilis du poumon chez l'adulte, reconnaissent que rien n'est plus difficile que le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et de la syphilis du poumon.

Signalons, enfin, la communication à l'Académie de médecine du professeur Letulle, le 23 avril 1923, sur la syphilis pulmonaire de l'adulte, et celle de Sergent et Durand, le 1^{er} mai 1923, *Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire*.

Formes cliniques de la syphilis pulmonaire acquise. — On distingue deux manifestations principales de la syphilis pulmonaire acquise :

1° L'une, que nous n'avons pas observée, parce qu'elle se

voit surtout dans les dispensaires antivénériens et qu'elle est d'ailleurs de plus en plus rare depuis que la syphilis est dépistée et soignée dès sa première manifestation, est la trachéo-bronchite syphilitique secondaire, particulièrement bien étudiée par Barthelemy, dans son *Rapport* au Congrès international de la tuberculose (Paris, 1905); par Sergent, dans un article paru dans le *Journal des Praticiens* (19 avril 1913) : « *Les trachéo-bronchites de la syphilis secondaire et leur diagnostic avec la tuberculose*; par Stoken, Graves, Byrne, Lancereaux, Schnillzeen, Potain; par Lépine, dans sa thèse : « *Accidents syphilitiques pleuro-pulmonaires de la période secondaire* (Paris, 1907). Elle peut revêtir deux formes : l'une précoce, précédant souvent les autres accidents de la période secondaire, « l'érythème précède l'exanthème »; l'autre plus tardive, caractérisée par sa tendance à la chronicité. C'est, dans les deux cas, une véritable syphilis pulmonaire précoce simulant la tuberculose au début, revêtant habituellement la forme d'une bronchite aiguë, mais pouvant passer à la chronicité. Ses symptômes sont ceux d'une bronchite banale dont l'origine est reconnue à cause de sa coexistence avec les accidents de la période secondaire de la syphilis (roséole, plaques muqueuses, syphilides secondaires), et de sa guérison rapide par le traitement spécifique. De plus, la réaction de Bordet-Wassermann est positive, et la recherche des bacilles de Koch dans les crachats négative. Cette bronchite syphilitique secondaire semble créer une prédisposition aux localisations trachéo-bronchiques du tertiarisme, qui peuvent survenir dès le cours de la première année, et dont la gravité est redoutable, car elles ne sont le plus souvent reconnues qu'à une phase avancée de leur évolution.

2° L'autre, la syphilis tertiaire du poumon, qui ne possède aucun caractère clinique ou radiologique distinctif de la tuberculose pulmonaire, et qui peut simuler toutes les formes de cette tuberculose. Comme l'a écrit Sergent, dans *Syphilis et tuberculose*, « c'est le même ensemble de symptômes; ce sont les mêmes signes physiques et fonctionnels; c'est la même

consomption. Bien plus, suivant le mode de groupement de ces symptômes, suivant la durée de leur évolution, ce sont les mêmes formes cliniques, galopantes ou lentes, excavantes ou sclérosantes ». Dans les 5 cas de syphilis pulmonaire que nous avons diagnostiqués, et dont nous donnons les observations un peu plus loin, nous avons observé une similitude de symptômes telle que, croyant avoir affaire dans tous ces cas à un processus tuberculeux, nous avons fait entrer les malades au Sanatorium de Feuillas pour nous livrer à une observation plus complète.

La syphilis du poumon peut donc provoquer les divers syndromes des affections respiratoires et simuler les différentes variétés de la tuberculose pulmonaire.

Nous empruntons la classification de Mirande, classification d'ailleurs fort arbitraire, étant donnée la plus grande complexité des lésions observées; le seul but de cette classification est de rendre plus facile le diagnostic de la syphilis pulmonaire, « sous le masque de l'affection pulmonaire dont elle emprunte les traits ». Mirande classe la syphilis pulmonaire, suivant son mode évolutif, en formes aiguës et en formes chroniques, ces dernières étant d'ailleurs les plus fréquentes. Elles comprennent :

1° Les bronchites chroniques syphilitiques de la période tertiaire, dont les unes, étudiées par Lagneau, revêtent une forme asthmatique; dont les autres, mieux connues, présentent le tableau de la bronchite chronique banale, avec cependant, d'après Flurin, trois signes spéciaux leur donnant un cachet particulier : a) la douleur pectorale ressentie derrière les parties supérieures du sternum; b) l'expectoration purulente nummulaire et striée de sang; c) l'intensité de la dyspnée, qui s'exagère dans tous les efforts et s'accompagne souvent d'un sifflement inspiratoire. Ces bronchites pourraient, dans certains cas, aboutir à des sténoses qui se rencontrent plus fréquemment sur la trachée et peuvent conduire à la mort par asphyxie progressive ou aiguë. C'est pour éviter ces complications, que « toute bronchite tenace, suspecte, qui survient chez un syphi-

litique, doit imposer la nécessité d'une cure immédiate et suffisamment intense ».

2° Les formes bronchitiques chroniques avec signes de sclérose broncho-pulmonaire; c'est là, le plus souvent, l'aboutissant de la forme précédente. L'état général de ces malades reste longtemps bon : ils se plaignent d'être de vieux toussseurs et cracheurs, dont la dyspnée augmente de plus en plus, dont l'expectoration nummulaire présente parfois des hémoptysies. L'examen montre, d'après Mauriac, « une diminution de la sonorité, ou une matité des parties moyennes du poumon ou de la base avec augmentation des vibrations. La respiration est rude, allant jusqu'au souffle bronchique avec expiration prolongée; lorsqu'il y a de la dilatation, on trouve un souffle intense et circonscrit, de la bronchophonie et des foyers de gros râles ». Ces malades sont pris au premier abord pour des tuberculeux scléreux; mais la recherche du bacille de Koch reste négative malgré les divers procédés d'examen employés. C'est en présence de ces recherches négatives qu'on soumettra le malade à une observation plus serrée, qu'on l'interrogera sur ses antécédents, qu'on recherchera les stigmates ou les traces de l'infection syphilitique, qu'on pratiquera la réaction de Bordet-Wassermann, et qu'ainsi on arrivera parfois à soupçonner la syphilis pulmonaire et à établir un traitement d'épreuve qui confirmera ou infirmera nos doutes, bien que, dans ces formes-là, il soit souvent peu efficace. L'examen des crachats devra être répété, car la tuberculose prend très souvent le type sclérosant chez les syphilitiques, et, s'il importe de ne pas priver un malade atteint de syphilis pulmonaire du secours du traitement spécifique, il serait fâcheux qu'un examen insuffisant persuade un bacillaire qu'il n'est pas contagieux et lui permette ainsi de répandre autour de lui, sans s'en douter, l'affection dont il est le porteur ignorant. Si l'on ne pense pas à la syphilis pulmonaire, dans les formes s'accompagnant d'hémoptysies, chez des gens ayant dépassé généralement la quarantaine et présentant une tension artérielle élevée, on mettra parfois ces hémoptysies sur le compte de

la simple hypertension, jusqu'au jour où quelque lésion ne prêtant plus au doute viendra brusquement révéler l'origine spécifique de la maladie. Enfin, la prédominance des lésions dans la partie moyenne du poumon dans la syphilis pulmonaire est un caractère à signaler sans doute, mais trop inconstant pour qu'on puisse attacher une grande valeur à cette localisation.

3° Formes bronchitiques chroniques avec signes de dilatation bronchique. Nous étudierons, dans un chapitre spécial, les bronchectasies dont la nature est souvent spécifique, mais semble cependant reconnaître parfois d'autres facteurs. Tantôt nous aurons affaire à une forme de bronchectasie larvée, décrite par Bériel, dont la symptomatologie est celle des bronchites chroniques, mais « présentant, dès le début, une expectoration abondante, nummulaire, à odeur fétide ». Tantôt l'affection réalisera la forme bronchectasique, et, dans ce cas, les symptômes, traduisant des lésions anatomiques du lobe inférieur, « revêtent l'allure pleuro-pulmonaire des bronchectasies classiques ». Nous trouvons alors l'expectoration caractéristique de la dilatation des bronches, et l'examen clinique nous montre fréquemment l'existence de signes pseudo-pleurétiques ou pseudo-cavitaires à l'une des bases. L'exploration radiologique, après injection de lipiodol, pourra permettre d'obtenir, dans ces cas, le syndrome lipido-radiologique de la dilatation des bronches, bien étudié par Bezançon, Vieil, Bernard et Azoulay, dans un article du *Journal de radiologie et d'électrologie* (1924, n° 7).

4° Forme cavitaire. Cette forme est celle qui simule le plus exactement le tableau de la tuberculose pulmonaire, dont elle revêt tous les signes de la période cavitaire, si bien qu'elle a mérité d'être appelée « phtisie syphilitique ». L'importance particulière du diagnostic de la syphilis pulmonaire se comprendra aisément ici, car l'établissement de ce diagnostic commande le traitement, qui, institué à temps, permettra d'assister à de véritables résurrections de malades, qui, privés du secours d'une thérapeutique spécifique, sont voués à une

mort certaine et rapide; c'est dans ces cas-là que, sous l'influence du traitement, l'on assiste à la disparition complète, en quelques semaines, d'énormes cavernes traduisant un processus de destruction parfois fort avancé du parenchyme pulmonaire.

Nous retrouvons ici tous les signes des cavernes pulmonaires; c'est souvent le syndrome cavitaire complet (matité; exagération des vibrations thoraciques, douleur à la pression, souffle caverneux; râle caverneux, pectoriloquie, expectoration nummulaire), tel qu'il a été rappelé et étudié par MM. le professeur Leuret et le docteur Caussimon, dans leurs *Etudes cliniques et radiologiques sur le diagnostic des cavernes pulmonaires*, parues dans les *Archives d'électricité médicale et de physiothérapie du cancer* (déc. 1925-janv. 1926). Rien n'y manque, puisque l'expectoration elle-même confirme la présence intrapulmonaire d'une cavité, dont le malade évacue chaque jour le contenu; puisque la radioscopie et la radiographie apportent, elles aussi, leur témoignage à la perte de substance cliniquement décelée. Seul, l'état général du malade jette parfois une note de discordance dans l'unanimité des signes observés. C'est, en effet, à ces formes cavitaires que s'applique particulièrement cette affirmation de Bazin qu'« un phtisique en apparence bien portant est parfois, sinon souvent, un syphilitique ». Il importe cependant de ne pas attacher une trop grande valeur à la conservation de l'état général, car les « phtisiques syphilitiques » ne sont pas les seuls à garder les apparences d'une bonne santé. Bien que cela ne soit pas la règle, il nous est arrivé en effet, à plusieurs reprises, d'observer, au Sanatorium de Feuillas, des malades tuberculeux, chez qui l'ampleur des signes physiques contrastait avec la conservation de l'état général. Nous citerons en particulier l'exemple d'un malade observé l'an dernier au pavillon des hommes, porteur d'un syndrome cavitaire complet du sommet gauche, confirmé par la radioscopie, la radiographie et l'exploration radiologique après injection de lipiodol; il jouissait d'une santé apparemment très bonne, avec conservation

de l'état général, appétit excellent, sans chute de poids, et il ne présentait aucun signe d'infection bacillaire, pas même la plus légère hyperthermie vespérale, bien que la présence de nombreux bacilles de Koch dans son expectoration traduisît l'activité de ses lésions. Nous citerons aussi, pour l'avoir bien souvent entendue raconter par notre maître, le professeur E. Leuret, l'histoire de ce colonel de cavalerie, qui, atteint d'une grosse caverne du sommet droit d'origine bacillaire non douteuse, avec conservation de l'état général, partit en campagne, au début d'août 1914, malgré les conseils des médecins qui le soignaient, et fit toute la guerre sans être le moins du monde incommodé, mais semant probablement autour de lui les germes de mort que renfermaient ses crachats. Mais si les cavitaires syphilitiques ne sont pas les seuls phtisiques qui puissent avoir conservé un état général bon, ils ne réalisent pas toujours d'ailleurs ce type floride « du phtisique bien portant ». Souvent, en effet, lorsque leur affection évolue depuis un certain temps, ils présentent le tableau complet de la phtisie. Outre les signes cavitaires locaux, on observe chez eux les troubles généraux et fonctionnels de la phtisie tuberculeuse, c'est-à-dire : la fièvre, les sueurs nocturnes, la perte de l'appétit, l'amaigrissement, l'asthénie, la toux, les hémoptysies; et, dans ces cas-là, seule l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, après examens répétés, permettra au diagnostic de s'orienter du côté de la syphilis et nous fera rechercher tout ce qui, dans le passé du malade, dans l'évolution de sa maladie, dans les accidents contemporains de ses lésions pulmonaires, dans ses réactions humorales, milite en faveur de la syphilis.

Les formes aiguës de la syphilis pulmonaire tertiaire. — Elles sont beaucoup plus rares que les formes chroniques, si bien que, pour la « majorité des médecins, l'idée d'une pneumopathie syphilitique est inséparable d'un processus chronique ». (Sergent, *Tuberculose et syphilis*.) Ces formes, que nous ne ferons que signaler vu leur extrême rareté, comprennent :

a) Une forme bronchitique aiguë, décrite par Milian, revêtant les allures d'une bronchite aiguë banale, et dont seule la coexistence avec d'autres manifestations syphilitiques peut faire songer à la nature spécifique;

b) La phtisie galopante syphilitique, forme broncho-pneumonique aiguë, revêtant l'allure de la phtisie galopante : « c'est la découverte d'une lésion spécifique concomitante ou d'un stigmatte révélateur » qui donne seule la certitude de la spécificité de l'affection, que permet de soupçonner l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

c) Nous signalerons, enfin, les poussées aiguës bronchitiques ou broncho-pneumoniques, que l'on observe au cours des formes chroniques de la syphilis pulmonaire, et les poussées gangreneuses, qui semblent dues à des infections surajoutées, et non à un processus spécifique.

Telles sont les principales formes cliniques que peut revêtir la syphilis pulmonaire, ou, du moins, celles qu'on a l'habitude de lui décrire (Mirande et Sergent). Bien qu'elle soit fort arbitraire, à cause de la complexité beaucoup plus grande des lésions réalisées par la syphilis pulmonaire, cette classification schématique a du moins le mérite de rendre plus facile son diagnostic « sous le masque de l'affection pulmonaire, dont elle emprunte les traits ».

Les cinq observations de syphilis pulmonaire que nous avons recueillies, qu'il s'agisse, comme dans deux cas, de syphilis pulmonaire héréditaire, ou, comme dans les trois autres cas de syphilis pulmonaire acquise, peuvent entrer dans le cadre des formes cliniques que nous avons décrites.

OBSERVATION V.

F... (Simone), 15 ans, modiste.

Se présente à la consultation le 26 mai 1926. Cette malade est soignée au dispensaire antituberculeux depuis le 15 mai 1925.

15 mai 1925 : La malade vient au centre antituberculeux parce qu'elle se sent fatiguée, a maigri de 5 kilos depuis trois mois.

Malaplate

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique et traité au dispensaire antivénérien; mère traitée aussi au dispensaire antivénérien pour syphilis. A eu quatre enfants qui sont tous morts jeunes.

Antécédents personnels. — A toujours été chétive, a présenté dans l'enfance de l'albuminurie orthostatique et dans l'adolescence de l'érythème induré des jeunes filles. Pas de maladie grave dans le jeune âge, notamment pas de pleurésie, pas de bronchite, aucun antécédent pulmonaire.

Histoire de la maladie. — Fatigue apparue depuis deux mois. Amaigrissement de 11 livres depuis ce temps-là. La malade s'essouffle facilement, tousse peu, ne crache pas, présente des sueurs nocturnes et des palpitations au moindre effort. Etat général assez bon. Dents d'Hutchinson.

Examen pulmonaire. — Absolument négatif.

29 mai 1925 : L'essoufflement persiste, l'état général se maintient pourtant assez bon, de même que l'appétit. L'examen pulmonaire est encore absolument négatif.

5 juin 1925 : Essoufflement de plus en plus marqué, palpitations au moindre effort, sueurs nocturnes; la malade continue à maigrir et a perdu 1 kilo en un mois. L'examen pulmonaire est encore négatif; l'examen des crachats ne peut être pratiqué, la malade ne crachant pas. L'examen radioscopique montre un voile du sommet, et une prise de sang pratiquée donne une réaction de Bordet-Wassermann positive.

Traitement. — Mélange tonique apéritif, et la malade est dirigée au dispensaire antivénérien pour être soumise à un traitement spécifique.

23 octobre 1925 : La malade tousse et crache, râles de bronchite bilatéraux.

30 octobre 1925 : Malade présente toujours de l'asthénie, de l'anorexie, des frissons, des sueurs nocturnes; elle tousse, crache un peu, présente un point de côté gauche persistant. Examen pulmonaire : négatif. Examen des crachats : négatif.

5 février 1926 : Léger amaigrissement; un peu de toux, pas d'expectoration. Le traitement spécifique (mercure) a déterminé l'apparition d'une albuminurie qui semble surtout orthostatique, car elle augmente par la position debout et disparaît si la malade reste

au lit. Cette albuminurie, qui a atteint 4 grammes par litre, est actuellement de 2 gr. 40. Examen pulmonaire : zéro. Examen des crachats : négatif.

28 mai 1926 : La malade a engraisé de 4 kilos, mais se plaint toujours de tousser et cracher. Plus d'albuminurie. La réaction de Bordet-Wassermann est encore positive. Nouveau traitement spécifique.

17 septembre 1926 : La malade se sent améliorée, son poids a encore augmenté; elle se plaint cependant encore de toux sèche, sans expectoration; elle a parfois des vertiges et présente de l'anorexie, un point de côté, dyspnée légère, examen stéthacoustique négatif. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Nous nous trouvons ici en présence d'une malade hérédosyphilitique certaine, ayant présenté des signes de bronchite qui ont été améliorés par le traitement spécifique. On ne saurait cependant conclure avec certitude à une syphilis pulmonaire; il nous paraît plus rationnel de penser qu'on se trouvait en présence de poussées de bronchite banale chez une malade hérédosyphilitique à susceptibilité pulmonaire très marquée. Il n'en est pas moins vrai que, par ses signes fonctionnels et ses signes généraux, l'état de cette malade avait tout d'abord fait penser à de la tuberculose, qui ne saurait être en cause ici.

OBSERVATION VI.

L... (Henriette), 23 ans.

Nous voyons pour la première fois cette malade le 23 avril 1926, mais elle est en traitement depuis le 17 octobre 1925.

17 octobre 1925 : La malade vient se présenter à la consultation parce qu'elle tousse et crache. Elle entre au Sanatorium.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique; serait syphilitique. La mère aurait eu, il y a dix ans, une hémoptysie; depuis, santé passable, mais se trouve constamment fatiguée. Cependant ni toux ni expectoration, état général assez bon. A fait trois fausses couches, dont l'une avant la naissance de deux enfants actuellement vivants et deux autres après.

Antécédents collatéraux. — Un frère de 28 ans, tuberculeux avéré.

Antécédents personnels. — Née avant terme, 8 mois. Présente des stigmates d'hérédo-syphilis (dents d'Hutchinson). A eu à 13 ans une kératite interstitielle traitée par le sirop de Gibert. Otites fréquentes. A eu, en bas âge, scarlatine, coqueluche, varicelle, mais s'est bien remise de toutes ces maladies. A été réglée prématurément : première perte à 7 ans, puis rien pendant trois ans. Les pertes n'ont reparu qu'à 10 ans, assez régulièrement toutefois. Dans l'intervalle, pertes blanches. Entre 11 et 16 ans, a été malade, sans pouvoir donner de précisions sur ses maladies. De 16 à 19 ans, bonne santé. A 18 ans, fausse couche. A 19 ans, un enfant né à terme, paraissant bien constitué à la naissance, devenu malade depuis. Une réaction de Bordet-Wassermann fut pratiquée et fut fortement positive. A la suite de cette réaction, traitement spécifique (2 séries de piqûres). Cet enfant a de plus été soigné pour une affection pulmonaire.

Histoire de la maladie. — Début insidieux il y a environ trois ans. La malade fait remonter ses troubles à une émotion violente (incendie), à la suite de laquelle se serait greffé un accident aigu, probablement otite aiguë bilatérale soignée par le docteur Moure. La malade maigrit ensuite de 11 kilos en trois mois, présente de l'asthénie, un appétit précaire sans troubles digestifs; des troubles menstruels (règles prolongées avec tendance à ménorragie), des palpitations, des frissons et des sueurs nocturnes. Un peu de dyspnée d'effort, des points de côté fugaces et variables, jamais d'hémoptysie. Depuis un mois environ, les points de côté se précisent, surtout sous-mammaire et sous l'angle de l'omoplate, bilatéraux, dont l'intensité force la malade à se coucher. Une toux sèche, quinteuse, non émétisante, fait son apparition; on ne note pas de modification notable de l'état général.

Examen de la malade. — La malade est de petite taille, d'embonpoint peu accentué; nez un peu fort, mais non en lorgnette; la malade a été soignée pour rhinite atrophique. Peu de signes d'hérédo-syphilis, sauf les dents d'Hutchinson et quelques ganglions aux aisselles.

Appareil respiratoire. — A l'inspection, les bases paraissent peu

mobiles en arrière. En avant, on note du côté droit, une circulation collatérale plus intense qu'à gauche. Palpation et percussion : rien d'anormal; auscultation : respiration saccadée, mais inégale, des deux côtés, au sommet.

20 octobre 1925 : *Examen pulmonaire, côté droit.* — Inspection : comme précédemment. Palpation : les vibrations sont augmentées. Percussion : submatité légère au sommet; auscultation : respiration saccadée, rude, avec expiration prolongée et quelques sibilances profondes; pas de râles humides. En arrière, submatité au sommet et à l'extrême base; la respiration est un peu rude, le signe d'Espine est positif.

Côté gauche. — Mêmes signes qu'à droite, mais moins accentués. La base est mate, les vibrations y sont diminuées; on entend des frottements en cuir neuf dans la fosse sus-épineuse.

Appareil circulatoire. — Le deuxième bruit pulmonaire est clangoreux; on note quelques extrasystoles.

Autres appareils. — Rien à signaler.

Radioscopie. — Image thoracique normale.

Examen de crachats, direct et après homogénéisation. — Négatif.

La température, qui à l'entrée et durant trois soirs atteignait 38 degrés, est normale depuis.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive. On institue un traitement spécifique.

23 avril 1926 : Depuis sa sortie du Sanatorium, la malade a subi deux séries de piqûres de sulfarsénol. On lui fait actuellement une série de piqûres de benzoate de mercure. La réaction de Bordet-Wassermann est devenue négative; l'état général est très amélioré; les signes fonctionnels et généraux ont disparu. Au point de vue des signes physiques, on ne note plus qu'un peu d'obscurité des sommets.

Dans cette observation, il s'agit d'une malade hérédo-syphilitique avérée, née avant terme, présentant des stigmates d'hérédo-syphilis, qui s'est déjà manifestée à plusieurs reprises (kératite interstitielle, qui a été améliorée par le traitement spécifique). La malade elle-même, après une première fausse

couche à 18 ans; a mené à terme une grossesse qui a donné naissance à un enfant apparemment bien portant à la naissance, mais chez qui une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée peu après, fut positive. Nous trouvons ici, comme signes fonctionnels, la dyspnée d'effort et des douleurs pectorales forçant la malade à rester couchée, signes que Flurin considère comme toujours présents dans la syphilis pulmonaire. Cette observation nous paraît d'ailleurs se rapprocher de la forme bronchitique chronique de la période tertiaire particulièrement étudiée par Flurin.

OBSERVATION VII

Al... (Louise), 18 ans.

Vue par nous pour la première fois le 4 juin 1926, mais se fait suivre à la consultation du Centre antituberculeux depuis le 20 juin 1922.

Antécédents héréditaires. — Père toussé et crache depuis une pleurésie en 1918... La mère n'a jamais eu de maladie, mais est épuisée, présente de la dyspnée d'effort et de la fatigue au moindre travail. A eu quatre enfants et deux fausses couches. Le grand-père maternel mort tuberculeux, mais pas de cohabitation.

Antécédents collatéraux. — Deux frères de 16 et 10 ans bien portants; une sœur de 8 ans qui présente de l'adénopathie cervicale.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Enfance chétive, mais sans maladie, sauf quelques rhumes. A 14 ans (1918), grippe légère suivie de bronchite; réglée à 16 ans, dysménorrhée; règles peu abondantes (durée : cinq jours); épistaxis fréquentes depuis l'âge de 14 ans.

Histoire de la maladie. — Après la grippe, en 1918, la malade reprend son travail dans un atelier mal aéré, où elle se surmène beaucoup. Très fatiguée, elle présente des céphalées violentes; des épistaxis et des syncopes fréquentes. Elle quitte alors l'atelier et travaille chez elle, mais elle continue à être fatiguée; elle commence à tousser en 1920. L'asthénie est de plus en plus marquée. Depuis

janvier 1922, les céphalées sont de plus en plus fréquentes, l'appétit diminue, l'amaigrissement survient, la malade est à bout de forces. (Détresse matérielle et morale).

Le 20 juin 1922, à la suite d'un coup de soleil, dit la malade, forte céphalée, frissons, épistaxis abondante, peut-être hémoptysie; depuis, la malade tousse, crache, a des sueurs et des céphalées. Le 30 juin, deuxième épistaxis, constipation opiniâtre, appétit nul. La malade essaie de reprendre son travail, mais ne le peut. Les symptômes s'aggravant, elle consulte un médecin, qui la fait entrer au Sanatorium. En résumé, il s'agit d'une malade qui entre au Sanatorium le 22 juillet 1922 dans un état d'asthénie profonde voisin de la cachexie et semblant résulter d'une vie de misère.

Examen. — Malade amaigrie, se sentant très faible.

Appareil pulmonaire. — Palpation : les vibrations sont augmentées à droite. Percussion : submatité bilatérale prédominant à droite. Auscultation : en avant, respiration rude et soufflante des sommets, surtout à droite. Inspiration rude; expiration un peu prolongée. En arrière, respiration rude et soufflante des deux sommets; à la base droite, quelques frottements et quelques râles bulleux fins; à gauche, quelques râles bulleux fins.

Examen de crachats. — Négatif.

Radioscopie. — Ombres hilaires très chargées, surtout dans la partie inférieure du hile droit; hile gauche également un peu chargé. Le jeu du diaphragme est imperceptible des deux côtés. Dans l'ensemble, les champs pulmonaires manquent un peu d'homogénéité et paraissent plutôt hyperclairs. Les deux diaphragmes sont mobiles dans la toux; le cœur est petit.

Examen de l'appareil circulatoire. — Les bruits cardiaques se transmettent très nettement en avant et en arrière; le pouls oscille autour de 140 pulsations à la minute.

Appareil digestif. — Dentition médiocre, constipation.

Appareil urinaire. — Rien à signaler; albumine : zéro; glucose : zéro.

Autres appareils. — Rien d'anormal.

La température de la malade est de 39°4 au moment de son entrée à l'hôpital, mais tombe à 37 degrés dès le lendemain.

On porte le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse probable, s'accompagnant de quelques signes parenchymateux. On se trouve probablement en présence d'une tuberculose pulmonaire à vérifier par l'analyse bactériologique des crachats, à moins qu'il ne s'agisse de syphilis héréditaire chez une jeune fille épuisée.

26 juillet : *Examen respiratoire*. — En avant, matité du sommet droit, respiration soufflante très rude des deux côtés. En arrière, respiration rude et soufflante des deux sommets, avec gros frottements aux deux bases.

29 juillet : Après un nouvel examen clinique, on écarte la tuberculose pulmonaire, car il n'existe pas de signes parenchymateux, et on attribue l'adénopathie trachéo-bronchique à une autre cause, syphilis peut-être. Un nouvel examen direct des crachats est négatif; un examen après homogénéisation pratiqué le 30 juillet est négatif; l'inoculation au cobaye est, elle aussi, négative. On pratique une réaction de Bordet-Wassermann le 3 août 1922; elle est fortement positive. On institue un traitement spécifique.

Le 25 octobre, la malade est revue, car elle veut quitter le Sanatorium pour aller à la campagne. On note une grosse amélioration sous l'influence du traitement spécifique (10 piqûres de benzoate Hg. de 2 centigrammes, repos de dix jours, 30 grammes de sirop de Gilbert pendant dix jours, repos de dix jours, puis 10 piqûres d'hectine). La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée à ce moment-là est négative. Tous les examens bactériologique, clinique, radioscopique, sont négatifs au point de vue tuberculose. L'état général est bon. Le poids, qui était de 41 kilos à la rentrée, est de 46 à la sortie. La température, qui était de 39 degrés le 22 juillet, est tombée à 37 degrés le 23 juillet; depuis, et jusqu'à la sortie du Sanatorium, on note des oscillations entre 36°5 et 37°6.

4 juin 1926 : La malade est absolument bien portante; tous les examens sont négatifs; la réaction de Bordet-Wassermann est négative; elle a subi trois séries de traitement spécifique depuis sa sortie du Sanatorium.

En résumé, cette observation, où la syphilis était soit acquise, soit héréditaire, nous avait paru, au premier examen, réaliser le tableau de la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse extensive bilatérale ou phtisie pulmonaire commune, avec signes d'adénopathie trachéo-bronchique surajoutés. Cependant, en présence de la négativité des examens bactériologiques des crachats, de l'anémie et de l'asthénie profonde de la malade, on fait, le 8 août, une réaction de Bordet-Wassermann, qui, fortement positive, devient négative après deux mois de traitement, et, en même temps, on observe une amélioration nette de l'état général, une disparition à peu près complète de tous les symptômes, si bien que, le 25 octobre, date de sortie du sanatorium, on note que les examens clinique, bactériologique et radioscopique sont négatifs et que l'état général de la malade est très amélioré. Elle a augmenté de 5 kilos durant son séjour au sanatorium. Elle a été revue en juin 1926; l'amélioration persiste et l'état général de la malade est bon. Etions-nous en présence d'une syphilis héréditaire ou d'une syphilis acquise? Nous ne saurions le dire. Mais, étant donnés les antécédents de la malade, où l'on ne découvre aucun stigmate de spécificité, étant donnée l'évolution assez rapide des accidents, nous croyons qu'il s'agit d'une syphilis acquise méconnue, s'étant accompagnée très précocement de manifestations pulmonaires d'ordre tertiaire.

OBSERVATION VIII

R... (Yvonne), 37 ans, femme de service.

Nous la voyons à la consultation le 28 mai 1926. Cette malade est venue pour la première fois au Centre antituberculeux le 15 février 1924, envoyée par son médecin, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse, pour admission au Sanatorium.

15 février 1924 : Malade suivie par le Dispensaire François-de-Sourdis depuis le 25 juillet 1922. Diagnostiquée tuberculeuse le 30 juillet 1923, malgré un examen de crachats négatif. La malade se plaint de tousser, crache peu et a tendance aux lipothymies.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans le jeune âge; contracte la syphilis en 1905, et présente en 1911 une gomme du genou gauche. Fait trois fausses couches en 1908, 1918 et 1922. Entre ces fausses couches, deux enfants décédés en bas âge, puis deux enfants actuellement vivants. A la suite d'une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive, a été soignée au dispensaire antivénérien, où elle a reçu une série de novarsénobenzol intraveineux, et on lui a prescrit de l'iodure de potassium en potion.

Examen pulmonaire. — La malade se plaint de tousser et de cracher; elle présente des signes pulmonaires très manifestés.

Inspection, palpation et percussion. — Rien d'anormal.

Auscultation. — Signes très manifestes de lésions pulmonaires. On entend, du côté droit, en avant, dans toute la région hilare et parasternale sus-hilaire, une respiration très soufflante et des râles bulleux qui, après la toux, prennent le type de râles cavernuleux. En arrière, on entend des râles fins assez superficiels, surtout marqués à la partie moyenne et au sommet. La malade est renvoyée au dispensaire antivénérien pour continuation du traitement à la suite de l'examen bactériologique négatif.

9 mai 1924 : La malade, traitée au dispensaire antivénérien, revient parce qu'elle tousse beaucoup, la nuit surtout, crache beaucoup (crachats muco-purulents). Elle ressent, en outre, des fourmillements dans les jambes et une céphalée assez intense. L'état général est plutôt bon.

Examen pulmonaire. — Râles fins au-dessous de la clavicule et en dehors.

Nouvel examen de crachats direct et après homogénéisation, négatif; traitement : frictions mercurielles; continuer les injections de novarsénobenzol.

25 juillet 1924 : Depuis qu'elle est soumise à un nouveau traitement spécifique, les fourmillements des jambes ont disparu, mais les céphalées persistent aussi violentes durant la journée; la nuit, elles ont disparu. L'état général se maintient assez bon; le poids a augmenté de 600 grammes en deux mois.

Examen pulmonaire. — Râles discrets et respiration soufflante

sous la clavicule droite; la malade paraît nettement améliorée; reprendre le traitement spécifique.

7 novembre 1924 : L'amélioration continue. A l'examen pulmonaire, on n'entend plus que bien peu de chose. On note une respiration un peu soufflante dans les deux régions sous-claviculaires.

Radioscopie. — Les sommets sont gris et s'éclairent mal à la toux. Le poids a augmenté de 3 kilos depuis le mois de juillet.

16 janvier 1925 : La malade retousse depuis un mois. On note un écoulement d'eau rosée par le nez et quelques vertiges.

Examen pulmonaire, inspection. — L'expansion semble diminuée au sommet droit. Les vibrations y sont augmentées, la percussion y décèle une légère submatité. L'auscultation y montre de l'obscurité respiratoire et quelques râles fins après la toux. On semble se trouver en présence d'une lobite supérieure congestive droite, mais l'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est toujours négatif, traitement : reprendre les injections de novarsénobenzol, frictions mercurielles; iodure de potassium à l'intérieur.

13 février 1925 : La malade continue à présenter des vertiges; elle tousse et crache, principalement la nuit.

Examen pulmonaire, auscultation. — En arrière, on note peu de chose; en avant, on entend, à droite, une respiration très soufflante sous la clavicule, avec râles bronchitiques et parenchymateux abondants sur la hauteur d'une main. En avant, à gauche, la respiration est soufflante au niveau du hile, mais sans bruits surajoutés.

Radioscopie. — Image thoracique normale.

Examens de crachats, direct et après homogénéisation. — Négatifs.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Absolument négatif.

23 octobre 1925 : La malade se sent nettement améliorée depuis février. Elle a augmenté de poids. Mais, il y a trois semaines, elle a eu une bronchite, et depuis continue à tousser et à cracher (crachats épais, parfois sanguinolents); appétit diminué; malade très constipée; règles abondantes; ne présente pas de fièvre; elle n'en a d'ailleurs jamais présenté au cours de sa maladie, mais se plaint de sueurs nocturnes.

Examen pulmonaire. — L'auscultation permet d'entendre, surtout

perceptibles en avant, des râles parenchymateux bulleux discrets et disséminés dans le tiers supérieur du poumon droit. Le poumon gauche paraît bon. Une nouvelle analyse de crachats est encore négative; l'inoculation au cobaye est négative.

Traitement. — Sirop de Gibert.

30 octobre 1925 : Même état. On prescrit suppositoires d'Hg et iodure à l'intérieur.

28 mai 1926 : La malade est nettement améliorée; elle a engraisé de 8 kilos depuis le début de sa maladie; l'appétit est bon; cependant elle présente d'assez fréquentes poussées de bronchite; a dû garder le lit pendant deux mois, entre octobre 1925 et février 1926. Actuellement, l'examen pulmonaire est bon; on entend cependant quelques rares petits râles fins disséminés dans la profondeur du sommet droit.

Radioscopie. — Image thoracique normale, sauf une légère grisaille du sommet droit qui s'éclaire mal à la toux.

Examen de crachats. — Négatif.

Réaction de Bordet-Wassermann. — Négative.

Traitement. — Sirop de Gibert; suppositoires de Hg et d'arsénobenzol, puis iodalose.

En résumé, nous avons affaire ici à une syphilis pulmonaire, réalisant le tableau de la tuberculose ulcéreuse, avec sclérose broncho-pneumonique. Cependant, dans ce cas, malgré la très grande amélioration, observée sous l'influence du traitement spécifique, et malgré le relèvement de l'état général, les lésions pulmonaires n'ont pas complètement disparu. C'est que nous avons sans doute affaire à de vieilles lésions scléreuses difficilement modifiables. Mais le diagnostic de syphilis pulmonaire ne nous paraît malgré tout pas douteux.

OBSERVATION IX.

T... (Suzanne), journalière, 38 ans.

La malade se présente à la consultation, le 18 juin 1926, parce qu'elle tousse et a présenté à trois reprises depuis deux mois des hémoptysies moyennes.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — La malade a été soignée à l'Hôpital Saint-André il y a un an pour son état général; elle est restée hospitalisée pendant un mois, et, à la suite d'une prise de sang, elle a reçu 13 injections de « Quinby ». Il ne nous a pas été possible de retrouver l'observation de la malade dans le service où elle avait été soignée.

Etat actuel. — La malade se plaint d'un point de côté gauche; elle tousse, a eu trois hémoptysies depuis deux mois; elle présente assez fréquemment de l'enrouement. Pas de température, pas de sueurs nocturnes, pas d'anorexie. Règles régulières sans modifications appréciables de la courbe thermique.

Examen. — Obscurité du côté droit, surtout marquée au sommet, et sans bruits surajoutés; poumon gauche, bon.

Très bon état général, malade plutôt forte.

Radioscopie. — Image thoracique normale.

L'examen des crachats ne put être pratiqué, la malade ne crachant pas.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Rien d'anormal.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang est négative.

Etant donnés les antécédents de la malade, on prescrit sirop de Gibert pendant quinze jours, dix jours de repos, puis une série de 12 injections de benzoate Hg (2 ctg. par injection).

La malade est revue deux mois après et présente une amélioration nette de sa toux, de son enrouement qui n'a plus reparu. N'a pas présenté de nouvelle hémoptysie.

Il est difficile d'affirmer ici la syphilis pulmonaire; néanmoins, la négativité des examens radiologique et bactériologique, les antécédents de la malade, nous ont permis de croire que la syphilis était peut-être en cause et d'instituer un traitement d'épreuve, qui, s'il n'a pas produit une amélioration, a concordé au moins avec cette amélioration.

Nous retiendrons de ces 5 observations, dans lesquelles la preuve de la syphilis pulmonaire a été faite, du moins dans

4, par l'absence du bacille de Koch, la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann, et l'heureuse influence du traitement spécifique, que cette affection simule à s'y méprendre, tant par l'examen physique que par l'étude des signes fonctionnels et généraux, les diverses formes de la tuberculose pulmonaire. Dans 4 cas, à vrai dire, notre diagnostic fut singulièrement facilité par l'interrogatoire des malades et l'histoire de leurs antécédents, qui nous aiguillèrent sur la voie de la syphilis pulmonaire. Notre rôle se borna, en réalité, à confirmer nos soupçons, à nous assurer que les lésions syphilitiques étaient seules en jeu et que, sur elles, comme cela est si fréquent, ne s'étaient pas greffées de lésions bacillaires. Très souvent, en effet, se rencontrent des formes hybrides de ces deux maladies, car, si la tuberculose, ne semble pas créer de prédisposition vis-à-vis de la syphilis, cette dernière constitue un puissant appel à la tuberculose, dont elle paraît favoriser l'évolution. C'est là un fait acquis depuis déjà de nombreuses années et universellement admis aujourd'hui, exception faite cependant pour certaines tuberculoses évoluant chez d'anciens syphilitiques, et auxquelles le terrain syphilitique semble donner une forme fibreuse. Nous avons, au début de ce chapitre, cité l'opinion de Landouzy, disant « que la syphilis fait le lit de la tuberculose ». Fournier n'hésitait pas « à inscrire la syphilis au chapitre étiologique de la tuberculose pulmonaire », et Sergeant a établi que « la syphilis est l'une des causes prédisposantes les plus importantes de la tuberculose », qu'elle « prépare le terrain pour la graine de la tuberculose ». Mais, nous n'avons pas à étudier ici ces formes mixtes de lésions bacillaires et syphilitiques du poumon, et nous terminerons ce chapitre en résumant les principaux éléments du diagnostic de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire et en essayant d'indiquer la marche à suivre pour pouvoir poser le diagnostic de syphilis pulmonaire.

Rien ne ressemble autant, nous venons de le voir, à la syphilis pulmonaire que la tuberculose pulmonaire, et c'est seulement, croyons-nous, par élimination de cette maladie, après

plusieurs examens de crachats négatifs, et lorsqu'on aura recherché en vain le bacille de Koch par les divers procédés d'investigation en usage, examen direct, enrichissement, homogénéisation, inoculation au cobaye, qu'on est en droit de songer à la syphilis pulmonaire. Celle-ci n'a, en effet, aucun signe pathognomonique qui permette de l'affirmer :

a) Parmi les *signes physiques*, aucun n'est propre à la syphilis pulmonaire; toutefois, Sergent considère que, dans les formes cavitaires, l'apparition rapide de phénomènes cavitaires au niveau des zones d'induration, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'expectoration abondante, peut acquérir une valeur diagnostique considérable, particulièrement si les lésions siègent à la partie moyenne du poumon. On a voulu voir, en effet, dans la localisation des lésions à la partie moyenne du poumon, un signe de probabilité de la syphilis pulmonaire, et Grandidier (*Berlin. Klin. Woch.*, 1878), affirmait « qu'en présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restrictions, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut ». S'il arrive que les lésions de la syphilis pulmonaire ont parfois leur siège dans la partie moyenne du poumon, on ne peut généraliser cette affirmation sans commettre une erreur aussi grossière que celle qui consiste à admettre que la tuberculose pulmonaire débute toujours par les sommets, s'y localise exclusivement, et y prédomine toujours sur les altérations plus récentes du parenchyme. Comme l'ont montré Carlier (thèse de Paris, 1882) et Sergent (*Tuberculose et syphilis*), « la syphilis peut frapper toutes les parties du poumon, aussi bien le sommet que la base et que les parties moyennes ». Retenons toutefois qu'en présence de signes cavitaires de la partie moyenne du poumon ne faisant pas la preuve bactériologique de lésions tuberculeuses, la syphilis devra être soupçonnée et recherchée.

b) Parmi les *signes fonctionnels*, la toux, l'expectoration, la dyspnée, les douleurs pectorales, les hémoptysies, sont com-

munes aux deux affections. Si la toux n'a pas de caractère spécial, l'expectoration serait particulièrement abondante, souvent purulente, nummulaire, et striée de sang en cas de syphilis pulmonaire; la dyspnée présenterait fréquemment une intensité spéciale, s'exagérant par tous les efforts, hors de proportion avec les données de l'examen physique; les douleurs pectorales seraient particulièrement intenses, revêtant la forme d'une douleur angineuse, véritable étranglement siégeant derrière les parties supérieures du sternum; les hémoptysies, enfin, seraient rares, se reproduisant à de longs intervalles (douze ans, dans un cas de Brize et Patterson). Ce sont là, sans doute, des particularités qu'il ne faut pas négliger, mais qui n'apportent pas d'éléments de certitude au diagnostic.

c) Parmi les *signes généraux*, nous avons dit plus haut ce qu'il fallait penser de la conservation de l'état général, et de la « bonne mine » des malades atteints de phtisie syphilitique. La fièvre peut, soit manquer, soit revêtir le type hectique de la tuberculose; elle tiendrait plutôt aux infections surajoutées qu'à la lésion syphilitique elle-même. Guntz attachait une certaine importance à la recherche de la température locale, qui, plus élevée au niveau du foyer tuberculeux, resterait normale dans la phtisie syphilitique. Brize et Patterson considéraient, enfin, que l'évolution très lente des lésions serait en faveur du diagnostic de syphilis pulmonaire.

Nous voyons donc que, de la constatation des signes physiques, fonctionnels ou généraux, ne peut résulter aucun élément de certitude en faveur de la syphilis pulmonaire, mais simplement de nombreux éléments d'orientation.

Tout en se rappelant que la syphilis pulmonaire est une maladie très rare, infiniment moins fréquente que la tuberculose, il faudra toujours y penser en présence d'un malade qui, diagnostiqué bacillaire, ne fait pas la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de son affection après des examens de crachats répétés.

Il faudra dans ces cas-là :

1° Faire une enquête détaillée sur le passé et l'hérédité du malade.

2° Etudier les particularités évolutives de la maladie.

3° S'attacher à la découverte des stigmates d'hérédo-syphilis dont la constatation peut mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

4° Rechercher les accidents contemporains, principalement au niveau de la peau, des os et des muqueuses; souvent, un hasard favorable fera sans doute découvrir un de ces accidents, dont la constatation permet le diagnostic. Mais le médecin a le devoir de ne pas compter sur ce hasard, de rechercher, par une observation méticuleuse et l'examen complet de son malade, les éléments qui lui permettront de dépister la syphilis.

5° Pratiquer les réactions de laboratoire, qui, sans doute, ne permettent pas toujours, même en cas de résultats positifs, d'attribuer à la syphilis les lésions pulmonaires d'étiologie douteuse, mais fortifient les éléments de présomption en faveur de la syphilis. Ces réactions seront : la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction du benjoin colloïdal pratiquée dans le liquide céphalo-rachidien, et enfin, l'épreuve de syphilimétrie de Verne.

6° Dans tous les cas où la syphilis a quelque chance d'être en cause, instituer un traitement d'épreuve à base de mercure, d'arsenic ou de bismuth; l'iodure de potassium sera laissé de côté à cause de son action irritante sur le parenchyme pulmonaire. Ainsi appliqué, le traitement spécifique ne sera sans doute pas toujours efficace; il aura du moins le mérite de ne jamais être nuisible et d'amener, dans quelques cas, la guérison d'une affection jugée désespérée, en rendant à la vie et à l'activité, au bout de quelques semaines, des malades que la « phthisie » semblait devoir conduire sous peu au tombeau.

II. — *Les broncheectasies.*

La syphilis du poumon et la dilatation des bronches ont entre elles des rapports si étroits, que l'étude des broncheectasies semble être la suite logique de celle de la syphilis pulmo-

naire. Ne nous occupant ici que du diagnostic de ces affections et de la tuberculose pulmonaire, avec laquelle on risque de les confondre, nous n'avons pas à envisager le rôle plus ou moins fréquent que joue la syphilis dans la genèse des dilatations bronchiques. Dans les trois observations de bronchectasie que nous analysons plus loin, nous avons éliminé la tuberculose, sans qu'il nous soit possible, dans deux d'entre elles, d'incriminer la syphilis, bien que nous l'ayons recherchée dans les trois cas. Il est pourtant admis que la sclérose pulmonaire associée à la dilatation bronchique est une des formes les plus fréquentes de la syphilis pulmonaire; nous l'avons d'ailleurs étudiée dans le chapitre précédent, dans le paragraphe consacré aux formes bronchitiques chroniques de la syphilis pulmonaire, avec signes de dilatation bronchique. Bourdieu et Tripier incriminent la syphilis dans la plupart des dilatations bronchiques de l'adulte. Hutinel, Milhit, Nadal, ont montré que, le plus souvent, même lorsqu'elles apparaissent après une maladie infectieuse (rougeole, coqueluche, grippe), les dilatations bronchiques sont dues à l'hérédo-syphilis alors que la tuberculose n'est qu'exceptionnellement en cause. Aussi ont-ils insisté sur l'utilité de rechercher la syphilis chaque fois qu'on est en présence d'une dilatation bronchique chez l'enfant. La même méthode doit, d'ailleurs, être appliquée aux bronchectasies de l'adulte.

Mais, malgré son rôle prépondérant, la syphilis ne semble pas devoir être incriminée dans tous les cas, et, à côté des dilatations bronchiques syphilitiques, existent les dilatations bronchiques d'ordre banal; elles affectent, d'ailleurs, la même symptomatologie : toux, expectoration puriforme, abondante, disposée en plusieurs couches; signes cavitaires localisés à la base ou à la partie moyenne du poumon, odeur fade ou parfois fétide de l'haleine, poussées fébriles, variables, sans qu'aucun caractère clinique permette de les différencier. Cette symptomatologie de la dilatation bronchique, spécifique ou non, aura souvent de tels caractères de ressemblance avec certaines formes de la tuberculose pulmonaire, qu'on incriminera cette

dernière affection. Ici encore, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, permettra d'éliminer la tuberculose, tandis qu'une meilleure observation du malade, tant clinique que radiologique, nous donnera souvent la clef du diagnostic. Nous étudierons donc successivement :

a) La *séméiologie de la dilatation des bronches*, simulant parfois la tuberculose, comme nous l'avons observé chez nos trois malades;

b) Les *moyens de diagnostic* de ces deux affections;

c) Les *trois observations*, où nous avons pu éliminer le diagnostic de tuberculose qui avait été primitivement porté chez nos malades.

a) SÉMÉIOLOGIE DE LA DILATATION DES BRONCHES. — Décrite pour la première fois par Laënnec, dans son *Traité de l'auscultation* (1819), la dilatation des bronches est le plus souvent précédée d'une phase de bronchite chronique; elle se révèle habituellement par les caractères de son expectoration et les signes physiques ordinairement localisés aux bases pulmonaires. Elle se rencontre : 1° chez l'enfant, où elle est le plus souvent consécutive à une broncho-pneumonie secondaire à une maladie infectieuse, mais peut aussi être observée à la suite de pleurésies (Barth et Rendu), de corps étrangers des voies aériennes (Comby, Sotéroff), de compressions hilaires, notamment par les grosses adénopathies trachéo-bronchiques, être causée par l'hérédo-syphilis (Milhit, Nadal, Hutinel), ou être associée à la tuberculose; 2° chez l'adulte, où elle constitue une maladie chronique, susceptible d'être entrecoupée d'épisodes aigus jusqu'au jour où s'installent, pour ne plus disparaître, les signes propres à cette affection. Selon Sergent, elle semble être, comme chez l'enfant, la conséquence d'une broncho-pneumonie traînante, de rhino-bronchites descendantes, des grandes épidémies grippales et des intoxications par les gaz de combat; enfin, la syphilis et la tuberculose semblent être à l'origine d'un grand nombre de cas de cette affection.

Elle se manifeste dans sa période de constitution :

1° Par des *signes fonctionnels*. — Les malades sont générale-

ment de vieux bronchitiques toussant et crachant depuis de nombreuses années, ayant présenté, à plusieurs reprises, des poussées de bronchite aiguë; l'un de nos malades faisait remonter le début de son affection à une congestion pulmonaire datant de huit ans; les deux autres accusaient de nombreuses poussées bronchitiques dans leurs antécédents. La toux est généralement pénible, quinteuse, grasse et humide; elle fatigue beaucoup le malade et est surtout intense le matin et suivie d'une expectoration abondante, pouvant atteindre 200 à 300 centicubes, simulant une vomique, prêtant parfois à confusion avec « les vomiques de pleurésies enkystées ou d'abcès pulmonaire, qui peuvent se répéter pendant assez longtemps; avec une abondance variable suivant les jours » et prenant « des caractères voisins des crachats de la dilatation des bronches à cause de l'irritation des bronches par le passage réitéré du pus » (Bezançon et de Jong). Cette expectoration, recueillie dans un verre conique, se séparera en quatre couches : « une couche profonde plus ou moins épaisse, purulente; au-dessus, une couche de mucus assez fluide; puis une couche de mucus mêlé à des crachats purulents; enfin, une couche superficielle spumeuse, aérée, ressemblant à du blanc d'œuf battu. Ce qui est caractéristique, c'est que toutes les parties purulentes ne tombent pas au fond du vase; mais une partie des filaments purulents surnage au-dessus du mucus fluide, mêlés à du mucus dans cette couche intermédiaire. » (Bezançon et de Jong.)

« Bien souvent des filets de sang, des gouttes de sang, sillonnent et panachent la couche de pus ou restent adhérents à la mousse de la surface. » (Sergent.) Lorsque le sang est assez abondant et se mélange à l'expectoration, il lui donne l'aspect « lavure de chair » (Gombaudo).

Enfin, cette expectoration, qui, le plus souvent, dégage une odeur fade, rappelant celle du plâtre frais, peut parfois devenir extrêmement fétide. Dans une de nos observations (obs. XI), la fétidité était telle que les voisins de salle du malade s'en plainquirent bientôt au médecin chef du sanatorium, prétendant qu'il était impossible de rester dans son voisinage; et le ma-

lade, qu'évitaient soigneusement tous ses camarades, dut être isolé dans une chambre. Mais cette expectoration ne présente pas souvent des caractères aussi nets que ceux que nous venons de décrire; beaucoup de malades atteints de dilatation bronchique sont observés en période d'accalmie, alors que leur expectoration est beaucoup moins abondante et peu caractéristique. Toutefois, en présence de malades à expectoration très abondante, on devra recueillir les crachats dans un verre gradué, afin de rechercher les caractères décrits ci-dessus.

Les hémoptysies sont extrêmement fréquentes, presque la règle, dans la dilatation des bronches de l'adulte. Elles peuvent être petites, moyennes; elles donnent alors « l'expectoration « lavure de chair » de Gombaud, que nous avons signalée plus haut, ou extrêmement abondantes, parfois même mortelles, et ces dernières ont fait l'objet d'un article de Bezançon et Azoulay, qui en ont publié 7 cas dans le *Paris médical* du 17 janvier 1923. L'hémoptysie peut être unique ou se reproduire à plusieurs reprises; l'un de nos malades (obs. XII), eut, dans l'espace d'un mois, cinq ou six hémoptysies d'abondance moyenne. Ces hémoptysies paraissent reconnaître une pathogénie variée. Elles peuvent être dues, soit à l'hypertension, si les malades sont en même temps des scléreux rénaux, soit à l'insuffisance cardiaque droite qui complique la bronchectasie; soit aux anévrysmes des parois bronchiques décrits par Hanot et Gilbert. Souvent, elles apparaissent en période menstruelle, comme cela se produit chez les tuberculeuses, et c'est alors un signe de similitude de plus avec la tuberculose pulmonaire, à laquelle on les rapporte le plus souvent.

La dyspnée est peu marquée au début, faisant souvent totalement défaut. Son apparition, en dehors des quintes de toux, doit faire penser à une complication ou à l'insuffisance cardiaque, qui apparaît fréquemment chez les anciens bronchectasiques. Il en est de même de la cyanose que présentent certains de ces malades.

Signalons, enfin, que les sujets atteints de dilatation bronchique sont obligés, le plus souvent, pour pouvoir dormir, de

se coucher du côté de leur dilatation bronchique, où s'accumulent, pendant leur sommeil, les sécrétions qu'ils expulseront au réveil.

2° *Signes physiques.* — « Les signes physiques, écrit Sergent, se résument, d'une façon générale, dans une association de signes en foyer localisé (signes cavitaires, signes de sclérose pulmonaire, signes de symphyse pleurale) et de signes diffus, généralisés, de catarrhe bronchique. »

En réalité, ces signes sont très variables suivant le degré et l'étendue de la dilatation des bronches et suivant aussi l'affection qui a abouti à la broniectasie. C'est ainsi que, dans les cas secondaires à une pleurésie ancienne, on trouve une rétraction thoracique plus ou moins marquée, des vibrations abolies et de la submatité; la plèvre est symphysée. D'autres fois, au contraire, le thorax est globuleux, emphysémateux, les vibrations sont exagérées; à la submatité de tout à l'heure fait place une sonorité normale; rarement, si les dilatations sont suffisantes, des zones de tympanisme, et même, d'après Sergent, dans des cas exceptionnels, le bruit de pot fêlé et les signes de Wintrich et de Gérard.

L'auscultation est elle aussi très variable suivant le degré de la dilatation, suivant surtout, chez le même malade, le moment de la journée où on l'ausculte, selon qu'il a ou non vidé ses bronches. On entend le plus souvent, « à la partie moyenne et à la base du poumon, des râles humides, bulleux, cavernuleux, souvent prédominants d'un côté; dans les régions éloignées de la broniectasie dominant des signes d'emphysème; au siège des lésions de dilatation bronchique, on trouve, surtout le matin, lorsque le malade a rejeté les sécrétions accumulées dans ses bronches pendant son sommeil, des signes cavitaires très nets : souffle cavitare, avec une zone de râles caverneux tout autour, et du gargouillement » (Bezançon).

En période d'accalmie, on ne trouve souvent chez ces malades que « quelques râles sonores, et, au niveau du foyer des dilatations, une zone de silence avec des placards de râles muqueux ». (Bezançon).

Nous voyons donc, d'après ce court exposé, que pas plus que les signes fonctionnels, les signes physiques ne sont pathognomoniques de la dilatation bronchique, mais qu'ils sont, au contraire, remarquables par leur inconstance et leur variabilité. Toutefois, la prédominance de ces signes dans la zone moyenne et à la base du poumon, la constatation d'un syndrome cavitaires dans ces régions, surtout lorsqu'elles s'accompagnent des caractères propres à l'expectoration, devront orienter le diagnostic vers la dilatation des bronches, sans préjuger d'ailleurs nullement de l'origine de cette dilatation.

3° *Signes radiologiques.* — Si l'examen radiologique peut apporter d'utiles renseignements pour faire le diagnostic de dilatation des bronches, son intérêt est devenu bien plus considérable depuis que l'on s'est mis à pratiquer l'exploration radiographique des cavités broncho-pulmonaires après injection de corps opaques. L'idée de cette méthode appartient à Sicard et Forestier, qui, après en avoir réglé la technique, l'ont exposée dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris (19 mars 1922) et ont publié, dans le numéro de janvier 1924 du *Journal médical français*, un article fort documenté sur l'exploration radiologique des cavités broncho-pulmonaires après injection intratrachéale de lipiodol. Mais l'honneur d'avoir appliqué cette méthode au diagnostic des affections des bronches, après injection de lipiodol par voie intratrachéale, revient incontestablement à Sergent et Cotténot (Soc. méd. des hôpitaux, 11 mai 1923; *Journal de radiologie et d'électrologie*, oct. 1923).

La radioscopie ne donne en général pas grand'chose, et l'on doit recourir à la radiographie, qui « montre, avec plus de netteté, les arborescences bronchiques et peut permettre d'apercevoir, lorsqu'elles sont suffisamment accentuées, les dilatactions bronchiques sous la forme de petites images cavitaires, peu modifiées par la toux, et donnant, par leur réunion sur une zone limitée, une apparence de mie de pain ou de nids d'abeilles » (Sergent, *Les grands syndromes respiratoires*).

Ameuille, qui a bien étudié cette question (*Formes larvées*

de la dilatation bronchique chez l'adulte, *Bulletin médical*, n° 49, 26 nov. 1923), remarque que « l'abondance des images cavitaires, la rareté des images de condensation, plaident pour la dilatation bronchique ».

Après injection intratrachéale de lipiodol, on note, en cas de dilatation bronchique, « l'existence plus ou moins grande de petites cupules en forme de nid de pigeon, souvent groupées par deux ou trois, à la manière de valvules sigmoïdes, et présentant, à leur partie supérieure, une véritable ligne de niveau. On note, de plus, une disposition en étage des lésions le long des rameaux de la bronche touchée. Ces cavités peuvent être réunies par une bronchiole. Les bronchioles d'aspect normal aboutissent à une dilatation, et la cavité ressemble ainsi à un fruit suspendu à une branche » (Bezançon et de Jong).

Il résulte de cela que l'exploration radiologique des cavités broncho-pulmonaires, après injection de lipiodol, est un moyen très sûr de diagnostic. Nous croyons cependant qu'il ne doit être employé qu'exceptionnellement, et lorsque, après avoir épuisé les autres moyens de diagnostic, le doute persiste. Les injections intratrachéales de lipiodol ne sont peut-être, en effet, pas aussi inoffensives qu'on le croit généralement; nous n'en voulons pour preuve que la communication récente de E. Leuret, Secousse, Aumont et Caussimon, à la Société de radiologie, communication qui montre que, « dans certains cas, l'exploration au lipiodol a pu être le point de départ de poussées évolutives graves ayant pu entraîner la mort ».

4° *Signes généraux.* — Moins encore que les signes fonctionnels et physiques, les signes généraux permettent de poser avec sûreté le diagnostic de bronchectasie. En effet, ils n'ont rien de caractéristique; c'est même par leur peu d'intensité qu'ils constituent un élément de diagnostic, car l'état général des malades atteints de bronchectasie est habituellement bon, et son contraste avec les lésions que l'on trouve à l'auscultation, et avec l'abondance de l'expectoration, doit orienter l'esprit médical vers cette affection. La fièvre manque généralement en période d'accalmie; elle apparaît au moment des

poussées aiguës, mais, même alors, elle est peu intense et passagère; elle s'accompagne d'accélération du pouls. Notons enfin que, chez les malades chez qui l'affection évolue depuis longtemps, on note, outre la cyanose et la dyspnée, qui traduisent la défaillance cardiaque, la déformation hippocratique des doigts, ou ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie.

b) MOYENS DE DIAGNOSTIC ENTRE LA TUBERCULOSE ET LA BRONCHECTASIE. — Bien qu'aucun des signes décrits plus haut ne soit pathognomonique de la dilatation des bronches, il semble, après l'étude séméiologique de cette affection, que son diagnostic doive être relativement facile. Il n'en est rien cependant, et c'est souvent, qu'en face de malades atteints de bronchectasie, on croira avoir affaire à de la tuberculose pulmonaire. La constatation d'un syndrome cavitairé, chez un malade vu à l'occasion d'une crise aiguë, surtout lorsqu'il présente de la fièvre le soir, et que l'affection s'accompagne de troubles de l'état général, fait en effet porter le diagnostic de caverne tuberculeuse. Pourtant, dans la tuberculose, sans que toutefois cette constatation ait une valeur absolue, les cavernes sont plus souvent situées au sommet qu'à la partie moyenne ou qu'à la base du poumon; l'expectoration est généralement nummulaire, bien que, dans certains cas où elle est très abondante, elle simule celle de la dilatation des bronches; de plus, nous devons signaler comme caractère distinctif que, dans la tuberculose, l'expectoration recueillie dans un verre conique ne donne pas les quatre couches caractéristiques de la bronchectasie que nous avons étudiées plus haut. La fièvre est plus constante dans la tuberculose, alors que, dans la dilatation des bronches, elle est intermittente et n'apparaît guère qu'à l'occasion des poussées aiguës. Enfin, l'état général est habituellement moins touché dans les bronchectasies, où le malade conserve longtemps son poids, sa mine, son appétit. Lorsque la dilatation des bronches s'accompagne d'hémoptysies, comme c'est souvent le cas, notamment dans la forme sèche hémoptoïque décrite par Bezançon, on songera encore davantage à la tuber-

culose, surtout lorsque, et cela arrive fréquemment, ces hémoptysies se produisent en période menstruelle ou péri-menstruelle. Elles ressemblent, en effet, aux « hémoptysies à étapes éloignées des tuberculeux sans évolution intercurrente » (Bezanson et de Jong). La constatation d'un état général excellent entre les hémoptysies, la production de ces hémoptysies le plus souvent en période apyrétique, sont plutôt en faveur de la bronchectasie. Si le sujet est en période d'accalmie et ne présente que de l'obscurité respiratoire avec quelques râles bulleux, on songera encore à la tuberculose.

Mais dans tous ces cas où la tuberculose semble évidente à l'examen clinique, on est étonné de ne pas trouver de bacilles de Koch dans les crachats dont l'examen reste obstinément négatif. Et, bien qu'on multiplie le nombre et les procédés d'examen, bien qu'on pratique l'homogénéisation des crachats et l'inoculation au cobaye, on n'arrive pas à mettre en évidence le bacille de Koch, ce qui semble paradoxal, dans des cas où les lésions qu'on lui attribue paraissent très destructives, largement ouvertes, et s'accompagnent d'une expectoration très abondante.

C'est alors qu'on pensera à la dilatation des bronches, qu'on pratiquera une réaction de Bordet-Wassermann, qui sera souvent positive, et qu'on soumettra le malade, après injection intratrachéale de lipiodol, à l'examen radiographique, qui souvent donnera les images caractéristiques de la bronchectasie. Mais, même si le diagnostic de la dilatation des bronches est posé, l'examen des crachats et la recherche du bacille de Koch devront être faits très attentivement, car, outre qu'il existe une forme tuberculeuse de dilatation des bronches, apapage de la tuberculose fibreuse décrite par Bezanson et de Jong dans le *Traité de médecine* de Roger, il existe des cas où la tuberculose peut venir se greffer tardivement sur la dilatation des bronches; ces cas ont été exposés par Rist et Ameuille à la Société médicale des hôpitaux de Paris, où ils en ont présenté une observation le 17 février 1922.

En résumé, si « l'analyse soigneuse de l'observation du ma-

lade et de l'évolution de sa maladie reste souvent le meilleur élément de diagnostic » (Bezançon et de Jong), si la radiographie, après injection intratrachéale de lipiodol, met sous nos yeux l'image des lésions de l'appareil broncho-pulmonaire et nous permet de faire un diagnostic du siège de ces lésions, seul, l'examen répété des crachats, suivant les procédés en usage, nous autorise à préjuger de la nature de la lésion et à éliminer la tuberculose.

c) Sur les trois cas de dilatation bronchique dont nous donnons ci-dessous les observations, 2 concernaient des hommes, et le dernier une femme. Dans ces 3 cas, les malades furent longtemps soignés comme tuberculeux sans aucune amélioration; dans ces 3 cas, la recherche du bacille de Koch fut toujours négative, et la vérification radiographique, après injection de lipiodol, nous permit de confirmer le diagnostic de broniectasie que nous avait fait soupçonner l'examen clinique de nos malades.

OBSERVATION X.

C... (Lucie), 41 ans.

La malade est vue par nous la première fois le 25 juillet 1926.

Elle a été hospitalisée au Sanatorium de Feuillas depuis le 2 octobre 1925 jusqu'au 30 juin 1926. Elle revient nous voir pour les troubles dont elle a déjà été atteinte et pour être hospitalisée à nouveau. La malade avait été admise au Sanatorium la première fois parce qu'elle toussait, crachait abondamment, surtout le matin, présentait fréquemment des poussées de température et un mauvais état général. Au moment de sa première admission au Sanatorium, la malade y fut transatée avec le diagnostic de tuberculose caverneuse porté dans le service de médecine de l'Hôpital Saint-André, où elle était soignée auparavant.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie grave; néanmoins la malade s'enrhumait assez facilement et toussait tous les hivers.

Histoire de la maladie. — Le début semble remonter à 1915, époque où la malade, qui n'avait jamais présenté jusqu'alors d'affection

pulmonaire ou broncho-pulmonaire grave, fit, dit-elle, une congestion pulmonaire qui la tint alitée près de huit mois. A la suite de cette congestion, la malade ne se remet qu'incomplètement; l'état de sa santé reste précaire, elle maigrit, perd ses forces, présente de l'asthénie, mais on ne note à ce moment-là ni toux ni expectoration. La malade reprend son travail de brodeuse, mais est arrêtée de temps en temps par des rhumes et des poussées bronchitiques. En 1921, la malade fait une bronchite plus importante que les précédentes; depuis cette époque, elle n'a pas cessé de tousser et de cracher; elle présente un point de côté persistant dans la région interscapulo-vertébrale droite. On note en même temps de l'amaigrissement de plus en plus marqué, une perte presque complète des forces, quelques sueurs diurnes ou nocturnes, et, enfin, des irrégularités de la courbe thermique avec de fréquentes oscillations vespérales au-dessus de 38 à 38°5, parfois même 39 degrés.

En avril 1925, la malade présente une crise de démence nécessitant son internement à la clinique psychiatrique à Saint-André. En juin, la malade est transférée pour ses troubles pulmonaires dans un service de médecine générale, d'où, considérée comme tuberculeuse, elle est envoyée à la consultation de M. le professeur Leuret, qui l'a fait entrer au Sanatorium le 2 octobre 1925.

Examen de la malade (3 octobre 1925). — La malade présente un aspect particulier dans son attitude et dans son langage. Elle a un état général déficient, ses joues sont creuses. Elle se plaint de tousser et de cracher, surtout le matin au réveil, où elle rend plus d'un demi-crachoir d'une expectoration purulente, parfois nummulaire. La température est élevée, 39°5, mais elle diminue rapidement les jours suivants. La malade présente une anorexie très accentuée.

Examen pulmonaire. — En avant : A l'inspection, l'ampliation thoracique est un peu diminuée au sommet droit. Le creux sus-claviculaire droit est plus marqué que le gauche. *Palpation* : les vibrations thoraciques sont normalement perçues dans toute l'étendue du poumon gauche et dans la moitié supérieure du poumon droit; elles paraissent exagérées à la base droite et surtout à la partie moyenne. *Percussion* : Légère submatité de la zone sous-claviculaire droite. *Auscultation* : A gauche, le murmure vésiculaire

est perçu à peu près normal. La respiration est cependant légèrement emphysémateuse et on entend quelques rares sibilances. A droite, à la partie interne du creux sous-claviculaire, on entend des râles bulleux moyens surtout perceptibles à la toux. Vers la partie externe de la zone sous-claviculaire, on entend, sur la ligne axillaire moyenne, au niveau des 5^e, 6^e et 7^e côtes, un gros souffle à timbre cavitaire avec gros râles bulleux et gargouillements après la toux. Quelques bruits surajoutés (frottements, frottements-râles). En arrière : A l'*inspection*, rien à signaler. A la *palpation*, les vibrations sont très légèrement diminuées au sommet droit; la *percussion* décele une légère submatité à ce même sommet. L'*auscultation* montre, du côté gauche, quelques frottements à la base et peut-être même quelques râles discrets; au sommet, on entend une respiration granuleuse. A droite, on entend quelques râles dans toute l'étendue du poumon, surtout nombreux et plus gros à la partie moyenne et externe; l'on perçoit sur la ligne axillaire postérieure le même souffle entendu en avant, mais moins fort. Pectoriloquie aphone au niveau du souffle.

Appareils circulatoire, digestif, urinaire, génital, système nerveux.
— Rien à signaler .

En résumé. — On se trouve cliniquement en présence d'une vaste caverne de la base droite, encore en évolution, et d'une légère infiltration de la base gauche.

Radioscopie (le 10 octobre 1925). — Les parenchymes pulmonaires ne sont pas mauvais. On note cependant une grisaille diffuse à la base droite, mais sans zone d'hyperclarté. L'attention est surtout attirée par une différence de niveau formidable entre le diaphragme gauche et le droit, celui-ci siégeant au moins à quatre travers de doigt au-dessus du gauche, à moins qu'il ne s'agisse d'une ombre pleurale se superposant au diaphragme, se terminant en haut par une ligne oblique et se dirigeant de dehors en dedans et de bas en haut, comblant complètement le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Examen des crachats. — Plusieurs examens faits en série sont tous négatifs, soit qu'il s'agisse d'examen direct ou d'examen après enrichissement et homogénéisation.

Le 20 octobre, on pratique une injection de 40 centicubes de lipiodol intratrachéale du côté droit. L'examen radiographique montre à

la partie moyenne du poumon droit une dilatation nette des bronches inférieures, moyennes, dont le réseau forme une véritable petite cavité correspondant au syndrome cavitare observé cliniquement.

15 novembre 1925 : L'examen clinique montre un vaste syndrome spéléonquaire de la base droite, avec souffle cavitare, râles bulleux, matité, pectoriloquie aphone, toux et voix caverneuse.

11 février 1926 : A la base droite, on trouve en arrière un gros souffle plutôt pleurétique que caverneux. Dans la même région, matité, pectoriloquie aphone, bronchophonie et égophonie. La preuve de la tuberculose n'est toujours pas faite; de nouveaux et nombreux examens de crachats ont été négatifs. Une inoculation au cobaye pratiquée il y a deux mois paraît également négative. On songe à une affection d'origine hépatique possible; les réactions de Bordet-Wassermann et de Weinberg pratiquées à ce moment-là sont négatives.

25 mars 1926 : Il existe un syndrome manifeste de spéléonque à la base droite : matité, souffle, râles bulleux et gargouillements, pectoriloquie aphone, toux et voix cavitare. Ce syndrome est surtout manifeste sur la ligne axillaire moyenne, dans sa zone inférieure. De nouveaux examens de crachats sont toujours négatifs; le cobaye inoculé est tué sans que l'on trouve à la nécropsie la moindre lésion tuberculeuse. La malade continue à avoir une expectoration purulente notable; la température reste irrégulière autour de 38 degrés, avec poussées à 39 degrés. L'état général s'améliore cependant; la malade a augmenté de 6 kilos depuis son entrée au Sanatorium. Ostéo-arthrite hypertrophiante pneumique.

On admet l'hypothèse d'une dilatation bronchique ou d'une sclérose pulmonaire avec caverne vraie. Il est indispensable de faire un nouveau lipiodol aux points de vue diagnostique et thérapeutique.

13 avril 1926 : Nouvelle injection de 35 centicubes de lipiodol du côté droit par voie trachéale. La radiographie prise après cette injection montre qu'on se trouve en présence d'une grosse dilatation des bronches, qui paraissent très augmentées de volume, mais ne décèle aucune perte de substance dans le parenchyme pulmonaire.

28 juin 1926 : La malade, qui a été plus fatiguée après l'injection de lipiodol, va mieux actuellement. Elle présente toujours un

syndrome spélonquaire de la base droite, avec souffle, pectorillogie aphone, toux et voix caverneuse, mais les râles entendus dans cette région semblent moins humides et moins abondants qu'aux examens précédents. La malade continue à engraisser; elle crache beaucoup moins, se sent mieux; il y a une amélioration certaine tant de l'état local que général. La malade sort de l'hôpital pour aller se reposer chez elle.

28 juillet 1926 : La malade est revenue au Sanatorium. Les signes sont analogues à ceux décrits plus haut.

30 septembre 1926 : La malade a présenté plusieurs crises asthmiformes dans le courant du mois de septembre; ces crises ont été soignées par des potions calmantes au bromure, de l'adrénaline à l'intérieur et de la belladone. Actuellement, la malade est très améliorée. Son poids, qui était de 41 kil. 300 à son entrée au Sanatorium, est de 49 kilos. Les examens de crachats répétés tous les mois restent négatifs; une nouvelle inoculation est négative. La malade réclame elle-même un nouveau lipiodol, qui sera pratiqué dans le courant d'octobre; elle se sent en effet très améliorée et crache moins après les injections lipiodolées. Elle a été traitée en outre par les pointes de feu et a suivi à plusieurs reprises le traitement balsamique (Suppositoires de créosote et potion au thiocol).

OBSERVATION XI.

T... (Edouard), 49 ans, ajusteur mécanicien.

Nous voyons ce malade pour la première fois le 26 mars 1926, mais il a déjà fait plusieurs séjours au Sanatorium de Feuillas, où il est traité par M. le professeur Leuret depuis le 3 octobre 1925.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine à 2 ans 1/2. Pas d'antécédents bacillaires ni spécifiques. Le malade fume et boit modérément. Marié à 25 ans, sa femme est bien portante; elle a fait trois fausses couches, puis a eu sept enfants, dont un mort-né, et un autre mort à 10 mois de méningite. Les cinq autres sont bien portants.

Histoire de la maladie. — Depuis plusieurs années, le malade tousse et crache assez abondamment chaque matin, mais sans atteinte de l'état général. Le 27 juillet 1925, à la suite d'un chaud et froid, le malade a présenté des sueurs nocturnes, une légère élévation vespérale de la température, de l'amaigrissement, de l'anorexie, un degré d'asthénie assez accentué. Il tousse le matin, depuis cette date surtout, et rejette des crachats épais et visqueux, adhérents, verdâtres, et il présente en outre une fétidité marquée de l'haleine ressentie non seulement par lui, mais surtout par les gens qui sont en relation avec lui.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle simplement, outre une obscurité assez marquée des bases, quelques râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires et une respiration soufflante au sommet droit. La radioscopie montre un thorax normal.

7 octobre 1925 : Mêmes signes stéthacoustiques; l'haleine du malade est tellement fétide que ses voisins de salle et de réfectoire s'en plaignent, et que le malade doit être isolé dans une chambre spéciale.

L'examen des crachats, direct, après enrichissement et après homogénéisation, est négatif. Le malade sort le 10 octobre.

Il revient au Sanatorium le 31 octobre 1925, car il tousse et crache davantage; son expectoration est fétide et extrêmement abondante, se faisant surtout le matin au moment du réveil. Le malade a présenté, il y a quarante-huit heures, une pseudo-vomique fétide, de moyenne importance : 200 centicubes environ. Il continue à rejeter du pus, quelques crachats d'odeur extrêmement fétide et de mauvais goût. Les quintes de toux se terminent en général par l'expulsion d'un crachat très fétide. L'haleine du malade est également fétide. La température vespérale atteint 38 degrés; l'anorexie est à peu près complète. On note que ses doigts sont déformés en baguettes de tambour.

Examen de l'appareil respiratoire. — En avant, la respiration est soufflante à droite; en arrière, on perçoit à droite quelques râles bronchiques; à gauche, on entend quelques râles bronchiques dans la partie supérieure du poumon, en arrière. Dans la partie inférieure de l'espace interscapulo-vertébral gauche, on entend un gros souffle

de timbre cavitaire, avec retentissement exagéré de la toux et de la voix haute, et avec pectoriloquie aphone. Tout autour de cette zone soufflante, et surtout vers la partie externe de l'hémithorax gauche, on entend des râles humides d'autant plus nombreux et de calibre d'autant plus gros que l'on approche de la ligne axillaire postérieure.

En résumé, vu les signes fonctionnels et les signes physiques, on conclut, d'après les résultats de l'examen clinique, à la présence d'une cavité à la partie moyenne du poumon gauche près du hile pulmonaire.

Traitement. — Hyposulfite de soude à l'intérieur.

Examen de crachats, direct et après homogénéisation. — Négatif.

Radioscopie. — 30 octobre 1925 : Thorax normal; cependant le médiastin est débordé à gauche par quelques masses qui se projettent à 3 centimètres en dehors; autrement on ne voit pas de lésions parenchymateuses nettes. Il faudra élucider la question de dilatation possible des bronches par le lipiodol. *Idem* en vue postérieure, encore plus net. Le médiastin est franchement surchargé à gauche, dans l'angle médiastino-cardiaque.

On fait le 7 novembre une première injection intratrachéale de lipiodol; on en fait une autre le 16 novembre, et une troisième le 7 décembre.

Les examens radiographiques après injection de lipiodol montrent une dilatation nette des bronches gauches, qui sont augmentées de volume.

Le 25 novembre 1925, les signes d'auscultation se précisent au niveau de la base gauche, où l'on trouve une très grosse région soufflante, avec quelques râles bulleux sous la pointe de l'omoplate; on y trouve en outre une submatité très légère, et les vibrations thoraciques sont conservées. La température atteint 38 degrés et monte pendant quelques soirs à 39 degrés.

Il ne peut s'agir uniquement que d'une lésion spéléonquaire ou d'un bloc de sclérose pulmonaire englobant une zone de dilatation chronique.

L'examen radioscopique pratiqué à cette date montre toute la base gauche fortement obscurcie entre le cœur et la ligne axillaire;

le reste du parenchyme est bon, sauf quelques traînées dans la région juxta-cardiaque droite. Au-dessous de l'ombre claviculaire droite, un gros paquet d'ombres se loge au contact de la ligne axillaire moyenne : il doit s'agir d'un bloc de lipiodol, et il ne semble pas que l'on puisse préciser la nature ni l'endroit des lésions par la radioscopie.

18 décembre 1925 : Après injection de lipiodol, 20 cc. dans chaque poumon le 16 décembre, les signes fonctionnels s'améliorent, la toux est moins fréquente, l'expectoration fétide se fait de plus en plus rare et aurait même presque complètement disparu. Le malade réclame lui-même une nouvelle injection de lipiodol.

Cette nouvelle injection est pratiquée le 28 décembre (20 cc.) du côté gauche. On note une grosse amélioration et pas la moindre poussée thermique depuis. Le malade tousse moins, son expectoration a perdu son caractère fétide. Les signes d'auscultation persistent sans modifications notables.

L'état général est parfait. On note une reprise notable du poids (2 kil. 500 pendant deux mois); les examens de crachats restent négatifs directement et après homogénéisation. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Le malade quitte le Sanatorium le 12 janvier 1926.

Revu le 26 mars 1926, le malade est resté amélioré depuis son départ du Sanatorium; il continue à tousser, mais son expectoration n'est plus fétide. Nouvel examen de crachats, négatif.

En résumé, on paraît se trouver en présence d'une dilatation bronchique avec gangrène des extrémités bronchiques, très améliorées par les injections de lipiodol.

OBSERVATION XII.

D... (Pierre), ferblantier, 31 ans.

Le malade se présente à la consultation, le 4 juin 1926, parce qu'il a eu plusieurs hémoptysies, toussé et crache, surtout le matin au réveil.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche et oreillons dans

l'enfance. S'enrhumait fréquemment, puis bonne santé jusqu'à la guerre. En 1916, étant en Serbie, dysenterie en juin et paludisme en juillet. Depuis, continue à présenter de temps en temps des accès de paludisme.

Antécédents vénériens. — Le malade a eu, il y a plusieurs années, un petit chancre sur la nature duquel il ne peut donner de précisions, mais la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est actuellement positive. Pas d'antécédents éthyliques, petit fumeur.

Histoire de la maladie. — Il y a huit ans, en 1918, le malade eut une congestion pulmonaire. Depuis cette époque, il tousse et il crache; il garde cependant une bonne santé relative jusqu'en avril 1926. Le 25 avril, il est obligé de s'aliter à la suite d'un refroidissement. Depuis cette date, il a eu cinq ou six hémoptysies d'abondance moyenne, de sang pur d'abord, puis en caillots, puis mélangé aux crachats, le tout accompagné de fièvre, 38°5 à 39 degrés.

Le 12 mai 1926, le malade fut envoyé d'urgence à l'Hôpital Saint-André par son médecin, qui craignait un abcès du poumon droit ou un abcès sous-phrénique. L'expectoration se trouvait à ce moment-là très abondante; elle se produisait par vomiques, d'abord le matin, ensuite après déjeuner, enfin le soir. Le malade crachait rarement durant la nuit. L'examen radioscopique pratiqué à ce moment-là fit penser à une dilatation des bronches. Le malade sort alors de l'hôpital et est envoyé à M. le docteur Secousse pour injection intratrachéale de lipiodol. Le malade entre au Sanatorium le 8 juin 1926.

8 juin 1926 : Actuellement le malade tousse et crache beaucoup; environ 5 à 600 centicubes par jour. Il n'a pas d'appétit, mais digère cependant bien. Il a maigri. La température vespérale oscille entre 38 et 39°5.

10 juin 1927 : L'examen du malade montre : pommettes cyanotiques, lèvres violacées; doigts hippocratiques, dyspnée assez marquée.

Examen pulmonaire. — Montre un thorax emphysémateux, en forme de tonneau, surtout bombé à gauche; ce thorax est en inspiration constante; l'ampliation thoracique est très diminuée. Palpation normale; percussion montrant une hypersonorité des deux côtés.

L'auscultation fait entendre, dans tout l'hémithorax droit, de très gros ronchus. En arrière, on entend à gauche des râles fins, surtout dans la partie inférieure; à la base gauche, bruit de tempête. Dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche, la respiration est normale, l'expiration seule est un peu prolongée.

En résumé. — On se trouve en présence d'un malade atteint d'emphysème pulmonaire, avec dilatation des bronches gauches; une injection intratrachéale de lipiodol pratiquée le 12 juin 1926, confirme ce diagnostic (20 cc. de lipiodol de chaque côté). Tous les examens bactériologiques, directs, après homogénéisation, ont été négatifs. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. La température oscille autour de 38 degrés. Il s'agit donc d'une forme de bronchite chronique avec dilatation des bronches évoluant chez un syphilitique.

III. — *Séquelles respiratoires des anciens gazés.*

Les séquelles respiratoires des gaz de combat trouvent leur place logique dans ce travail, après l'étude des bronchectasies, car, comme l'a montré Sergent (Sergent et Haas, *La médecine*, mai 1920, et *Presse médicale*, 14 févr. 1925), le syndrome de bronchite chronique avec emphysème et adéno-médiastinité, si fréquent chez les anciens gazés, est dû le plus souvent à des foyers de « bronchiolectasie ». C'est là une affection assez fréquente puisque, dans une statistique de 542 cas de fausse tuberculose, Sergent relève 21 séquelles bronchiques d'intoxication par les gaz. Nous n'en avons pourtant relevé que 6 durant les six mois de nos observations; cela est dû, croyons-nous, à ce que les anciens gazés, presque tous pensionnés de guerre ayant droit à la gratuité des soins, s'adressent directement à des médecins et fréquentent peu les dispensaires.

C'est la même raison qui nous explique que, sur nos 478 faux tuberculeux, nous n'en trouvons qu'un seul qui présente une fausse tuberculose traumatique par séquelle banale de blessure de poitrine, alors que, dans sa statistique, Sergent en comptait 41 sur 542 cas. Nous n'exposerons d'ailleurs pas

l'observation de ce cas unique, car, ne l'ayant examiné pour la première fois que le 24 septembre 1926, nous n'avons pu pratiquer chez cet homme atteint d'hémoptysie, et qui avait été en contact avec une sœur et un frère bacillaires, les examens suffisants pour éliminer à coup sûr la tuberculose.

En réalité, loin d'être un agent favorisant le développement de la tuberculose, l'intoxication par les gaz, comme d'ailleurs les blessures de poitrine, semble exercer une action empêchante vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire d'après certains auteurs (Francine, témoignage apporté devant la Commission du Sénat américain, avril 1924). Il est relativement rare, en effet, de voir apparaître une tuberculose chez ces deux catégories de malades, et, si l'on crut au début de la guerre que les gaz et les traumatismes pénétrants ou non de poitrine exerçaient une action de réveil sur la tuberculose, c'est qu'on prit pour des lésions spécifiques de cette affection des troubles qui en étaient absolument distincts, et qui traduisaient simplement des séquelles de l'intoxication par les gaz ou des traumatismes de poitrine.

Les premiers travaux sur les séquelles pulmonaires des anciens gazés sont une communication de Sergent et Agnel, le 5 novembre 1915, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, intitulée *Notes sur quelques effets cliniques des gaz asphyxiants*, et un article de Rathery et Michel, dans le *Paris médical* du 16 octobre 1915. Interrompues par la censure durant la guerre, les publications sur les gaz de combat et leurs séquelles, reparurent très nombreuses depuis 1918. Parmi les plus importantes, nous citerons l'article du professeur Achard sur *Les séquelles des intoxications des gaz de combat*, paru dans le *Bulletin médical* du 8 février 1919. Dans cet article, Achard décrit deux types principaux de séquelles respiratoires : le type emphysémateux et le type bronchitique pseudo-tuberculeux. Citons encore la thèse de Harpedanne de Belleville, soutenue à Bordeaux, en 1919-1920, sur *Les séquelles respiratoires des gaz*, et celles de Rousselot et de Bemmusser, soutenues à Paris, en 1920.

Mais c'est incontestablement Sergent qui a le mieux étudié les « séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de combat », d'abord, dans un article en communication avec Haas (*La médecine*, mai 1920), ensuite, dans *Les enseignements cliniques tirés de la guerre par la phthisiologie* (*Revue de la tuberculose*, mai 1920), enfin, dans sa conférence faite au Val-de-Grâce, le 10 janvier 1925, et publiée dans la *Presse médicale* du 14 février 1925.

Dans une communication à la Société d'hydrologie médicale de Paris, du 19 mars 1923, Dupont (du Mont-Dore) proposait une classification des séquelles pulmonaires chez les gazés en quatre catégories : a) bronchite chronique avec sclérose pulmonaire; b) emphysème sans catarrhe; c) emphysème avec catarrhe; d) asthme, l'asthme des gazés présentant tous les caractères de l'asthme ordinaire.

Brelet (de Nantes), dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 26 octobre 1923, sur les séquelles pulmonaires des intoxications par les gaz, indiquait que, sur 50 anciens gazés examinés au Centre de réforme de Nantes, 3 seulement étaient atteints de tuberculose pulmonaire évolutive, ayant d'ailleurs, dans deux cas, débuté seulement trois ou quatre ans après l'accident dû au gaz, tandis que, chez la plupart des malades (33 sur 50), il constata le syndrome de bronchite chronique sèche avec emphysème. Sur les 14 restants, 7 avaient de la bronchite localisée, de la sclérose pulmonaire, ou des reliquats de congestion pleuro-pulmonaire, et les 7 derniers ne présentaient que de légers symptômes fonctionnels sans signes physiques broncho-pulmonaires.

Citons enfin que, le 13 mai 1925, Bonnamour, Badolle, Gailard et Brochet présentaient à la Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon, des clichés radiographiques faits après injection intratrachéale de lipiodol chez d'anciens intoxiqués par les gaz de combat, malades longtemps considérés comme tuberculeux, présentant cliniquement de la dyspnée avec accès asthmatiformes, expectoration purulente le matin, mais non bacillifère, signes d'emphysème avec

râles discrets de bronchite à une base; ils montraient, dans leur communication, que l'injection lipiodolée met en évidence, contrairement à l'examen radiologique simple, qui ne montre que de l'emphysème, une dilatation bronchique cylindrique manifestée par l'augmentation de volume des gros troncs bronchiques et des troncs secondaires dont le lipiodol dessine les parois.

Mais, « s'il est rare que l'intoxication par les gaz provoque une éclosion tuberculeuse, il est habituel qu'elle la simule » (Sergent, *Enseignements cliniques tirés de la guerre*), car leurs séquelles présentent des caractères symptomatiques qui évoquent la tuberculose. Ce sont ces caractères que nous allons tâcher d'exposer brièvement avant d'étudier les moyens de diagnostic avec la tuberculose pulmonaire.

En réalité, les auteurs qui ont étudié les effets tardifs des gaz de combat, ont tendance à multiplier les formes cliniques que peuvent revêtir les séquelles broncho-pulmonaires des intoxications par les gaz. Nous adopterons la classification de Sergent (*Presse médicale*, 14 févr. 1926), qui est l'une des plus simples. Cet auteur insiste, en effet, sur l'inutilité de multiplier les formes cliniques, et il estime que « toutes les variétés de la trachéo-bronchite chronique à rechutes, avec leurs conséquences mécaniques et congestives, avec leurs complications inflammatoires et infectieuses, peuvent être réalisées par ces séquelles ».

Nous distinguerons donc :

a) *Les formes bénignes* que nous avons observées dans quatre cas, et « qui se révèlent par des troubles fonctionnels identiques à ceux des trachéo-bronchites superficielles à rechutes ». Ces sujets présentent une grande susceptibilité bronchique, et la moindre cause occasionnelle, refroidissement, inhalation de poussière et de fumée, suffit à déterminer des poussées aiguës de trachéo-bronchite avec toux quinteuse, spasmodique, parfois très pénible, avec sensation d'étouffement, expectoration muqueuse abondante, tendance à la dyspnée et souvent même « dyspnée permanente exagérée par l'effort » (Bezançon et de

Jong). L'accentuation de ces symptômes réalise la forme intermédiaire, qui conduit progressivement aux formes sévères.

b) *Les formes sévères*, qui sont souvent l'aboutissant des formes précédentes, peuvent revêtir deux types principaux :
1° Un type congestif à poussées aiguës ou subaiguës, marqué par la répétition, la plus grande durée et la plus forte intensité des quintes, qui deviennent de plus en plus fréquentes, violentes, se prolongent, s'accompagnent de dyspnée très marquée, et sont suivies d'expectoration souvent abondante; ces formes, qui laissent le malade anéanti, sans aucune force, ressemblent, lorsque la dyspnée est le caractère prédominant, à des crises d'asthme, les réalisant même, si bien qu'on a véritablement affaire à un asthme symptomatique, et que seuls les antécédents du malade et l'histoire de sa maladie permettent de faire le diagnostic. Ces formes peuvent parfois se montrer sous le type de poussées plus ou moins fébriles, s'accompagnant d'hémoptysies, qui orientent le diagnostic vers la tuberculose. Ce fut le cas d'un de nos malades (obs. XIV) dont nous publierons plus loin l'observation. 2° Parfois, elles revêtiront l'aspect de « foyers d'œdème infectieux », dont la localisation au sommet peut conduire à la même interprétation erronée, si l'on néglige l'examen bactériologique des crachats. Parfois, ce sont par des poussées de pleurite ou de cortico-pleurite, quelquefois même par des îlots de broncho-pneumonie que se traduiront les séquelles respiratoires de l'intoxication par les gaz.

c) *Un type chronique*, qui ne s'accompagne pas de poussées aiguës ou subaiguës, mais réalise « la broncho-alvéolite chronique qui aboutit fatalement à la sclérose broncho-pulmonaire diffuse ». C'est le syndrome de bronchite chronique avec emphysème et adéno-médiastinite, de Sergent, compliqué parfois, selon Ségard, de dilatation bronchique. « Ici, dit Sergent, les symptômes cliniques sont dans leurs caractères essentiels, ceux de la bronchite chronique avec emphysème; la poitrine est pleine de râles ronflants et sibilants, la respiration est plus ou moins fortement emphysémateuse; la toux coqueluchoïde, les crises asthmatiformes s'ajoutent au tableau; l'oppression

s'accroît au moindre effort; le cœur droit se dilate et l'asystolie menace. » Parfois, des bouffées de râles bulleux fins et moyens apparaissent aux bases, et Sergent insiste sur ces cas où la maladie « prend alors le masque de certaines formes de phtisie fibreuse, et où le diagnostic peut être d'autant plus délicat que le sujet maigrit, perd ses forces, et a parfois de petites poussées fébriles et souvent même des crachats sanglants ». Les examens radioscopiques et radiographiques montrent un poumon emphysémateux, avec lésions de sclérose et régions hilaires empâtées traduisant la réaction médiastinale; cette adéno-médiastinite ne manquerait jamais, d'après Sergent, dans les séquelles des intoxications par les gaz. C'est de ce type que nous paraît se rapprocher l'observation (obs. XV) que nous publions plus loin, bien que le tableau clinique ait été dans ce cas bien moins critique et moins dramatique que celui que nous venons de décrire d'après Sergent.

C'est encore ici l'examen des crachats qui seul permettra d'éliminer sûrement la tuberculose. Cet examen devra être pratiqué avec le plus grand soin, car, si les gaz ne semblent ni prédisposer à la tuberculose pulmonaire, ni favoriser le réveil d'une affection tuberculeuse, comme le croyait Sergent lors de sa communication avec Agnel à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 5 novembre 1913, ils n'empêchent ni l'éclosion, ni l'évolution de la tuberculose, et il existe une tuberculose des gazés, bien décrite par Sergent dans sa conférence au Val-de-Grâce, de janvier 1923, sur les séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de combat.

Si les signes physiques et fonctionnels des séquelles respiratoires des gaz simulent souvent la tuberculose, il faut retenir cependant que ces malades présentent généralement des poussées aiguës à caractère plus dramatique que dans la tuberculose; ces poussées aiguës seront souvent espacées, et nous trouverons entre elles des phases de rémission pendant lesquelles le malade se remet, recouvre son appétit, augmente de poids, ne présente pas de fièvre, tousse et crache peu, et présente, d'après Dupont et Delater, une formule leucocytaire spéciale,

caractérisée par une diminution très sensible des polynucléaires neutrophiles, avec, presque toujours, une éosinophilie très marquée (Académie de médecine, 19 juin 1923). L'état général des gazés est d'ordinaire meilleur que celui des bacillaires. Enfin, les antécédents du malade doivent toujours, lorsqu'on ne trouve pas de bacilles de Koch dans l'expectoration, faire songer à la possibilité de séquelles pulmonaires des gaz de combat, et c'est dans ce cas que la radioscopie, en montrant les lésions d'adéno-médiastinite, et surtout l'exploration radiographique après injection intratrachéale de lipiodol, donneront à ce diagnostic une plus grande chance de probabilité, mais ne devront cependant pas détourner l'attention du médecin de la possibilité d'une infection tuberculeuse surajoutée. Les trois observations que nous publions ci-dessous, l'une de forme fruste, la seconde de forme congestive avec hémoptysie, la dernière revêtant le type de la bronchite chronique avec emphyseme, nous semblent s'encadrer assez bien dans le tableau clinique, emprunté en grande partie à Sergent, que nous avons tracé des séquelles respiratoires de l'intoxication par les gaz.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Ch... (Louis), 50 ans.

Le malade se présente à la consultation, le 20 mai 1926, parce qu'il tousse et crache.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — Le malade fait remonter le début de sa maladie à 1907, à la suite d'absorption de vapeurs de chlore dans une chambre d'expérience. Il tousse, crache et s'essouffle facilement depuis cette époque. Il y a deux mois, le malade a fait une nouvelle poussée de bronchite et, depuis lors, il souffre de la région axillaire gauche et en avant du sternum. Actuellement, le malade tousse la nuit, crache assez abondamment et présente de la dyspnée au moindre effort. Pas de température, pas de sueurs nocturnes, pas d'amaigrissement.

Examen pulmonaire. — Inspiration brève, rude, expiration prolongée. Quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

Examen des crachats. — La recherche des bacilles de Koch est négative tant à l'examen direct qu'après homogénéisation; la radiologie montre une image thoracique normale.

OBSERVATION XIV (Résumée).

G... (Adrien), employé à Cenon.

Le malade se présente pour la première fois à la consultation, le 3 septembre 1926, parce qu'il tousse et crache.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade est un ancien gazé de guerre; il fait remonter à l'intoxication par les gaz, en 1917, l'origine de ses accidents pulmonaires. En mai 1923, hémoptysie de moyenne abondance. En mai 1926, le malade est réformé à 100 p. 100, bien qu'on n'eût pas trouvé de bacilles de Koch dans son expectoration. Actuellement, il tousse, crache un peu le matin et n'a pas perdu de poids depuis un an. Pas de température. Etat général pas mauvais.

Examen pulmonaire. — En arrière, on trouve de l'obscurité respiratoire au sommet gauche, des râles bulleux au sommet droit. L'examen des crachats est négatif et l'examen radioscopique montre une image thoracique normale.

L'examen oto-rhino-laryngologique ne décèle rien d'anormal.

OBSERVATION XV (Résumée).

B... (André), 51 ans.

Le malade se présente à la consultation le 18 juin 1924.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; dans les antécédents personnels, on note du paludisme contracté aux colonies, où le malade a habité avant la guerre. Marié, il est père de quatre enfants.

Histoire de la maladie. — Gazé en 1917, le malade présente des bronchites fréquentes; il tousse, plus particulièrement depuis un mois, crache, et a présenté à plusieurs reprises des crises asthmatiformes assez violentes avec sensation d'étouffement. Pas de sueurs nocturnes, quelques poussées de température à 38 degrés ou 38° 2

au moment des crises de bronchite. -Pas d'amaigrissement. Pas d'hémoptysies.

L'examen pulmonaire montre à la base gauche, en arrière, des râles de tous volumes, secs et humides, sur une hauteur de trois travers de doigt. Rien ailleurs. L'examen des crachats, soit direct, soit après homogénéisation, ne décèle pas de bacilles de Koch. La radioscopie montre une image thoracique normale, légèrement voilée à gauche.

Ce dont se plaint le malade est la dyspnée qui, presque constante, revêt à certains moments, surtout la nuit, le type de véritables crises asthmatiformes très pénibles à supporter et produisant une grosse fatigue.

Traitement. — Cure sulfureuse.

IV. *Bronchites chroniques non tuberculeuses.*

Les états bronchitiques non tuberculeux peuvent appartenir au groupe des trachéo-bronchites aiguës ou des bronchites chroniques. Nous laisserons délibérément de côté les premières, dont les formes les plus communes sont la bronchite *a frigore* et la bronchite secondaire à des maladies infectieuses (rougeole, coqueluche); ces bronchites, évoluant en une huitaine de jours vers la guérison, ne seront guère confondues avec la tuberculose; mais il arrive parfois que les tuberculeux peuvent présenter des bronchites d'apparence banale, mais s'accompagnant alors des signes d'imprégnation bacillaire et donnant lieu à des poussées répétées. Dans ces cas de bronchites aiguës à poussées répétées, surtout en présence de la localisation au sommet, de la fixité et de l'unilatéralité des signes, il faudra penser à la tuberculose et faire pratiquer l'examen des crachats; or, c'est justement de la répétition des poussées aiguës qu'est née la notion de bronchite chronique. Aussi classerons-nous les états précités parmi les bronchites chroniques que nous allons étudier maintenant.

Les bronchites chroniques reconnaissent une étiologie des plus variées; et, parmi les affections que nous avons étudiées

jusqu'ici, les pseudo-tuberculoses par affection des voies respiratoires supérieures, la syphilis pulmonaire, les séquelles respiratoires des gaz de combat, réalisent souvent le tableau clinique des bronchites chroniques.

Nous ne reviendrons pas sur ces affections précédemment décrites; d'ailleurs, le groupe de celles qui nous restent à étudier est si vaste et comprend des états d'étiologie si variés qu'après avoir tracé le syndrome clinique propre à la plupart des formes de bronchite chronique, et indiqué l'importance et les moyens de diagnostic de ces états avec la tuberculose, nous passerons simplement une revue rapide des différents types étiologiques que nous avons relevés dans notre statistique, en insistant sur les caractères particuliers de chacun de ces types.

Nous nous sommes inspiré pour la composition et la rédaction de ce chapitre, du livre des docteurs A. Florand, Max François et Henri Flurin sur les *Bronchites chroniques et leur traitement*, auxquels nous avons fait de larges emprunts.

A. Syndrome clinique des bronchites chroniques. — « L'uniformité du syndrome clinique de la bronchite chronique contraste étrangement avec la multiplicité des causes qui la provoquent. » Telle est la remarque que font, au début de leurs études sur les bronchites chroniques, Florand, François et Flurin, remarque que confirme d'ailleurs pleinement l'examen des malades atteints de cette affection.

Les bronchiteux chroniques sont des malades ayant déjà présenté plusieurs poussées aiguës de bronchite, et chez qui ces poussées ont une tendance de plus en plus marquée à se répéter et à se prolonger.

Les *signes fonctionnels* qu'ils présentent sont :

a) La toux, qui est surtout intense le matin, augmentée par la moindre des causes d'irritation bronchique : fumée, poussières, froid; cette toux, qui est grave, est souvent très pénible, s'accompagnant de dyspnée et, parfois, de cyanose du visage et des extrémités; elle est suivie d'expectoration toujours assez abondante;

b) La dyspnée accompagne habituellement la toux qui la provoque, d'où son nom de toux « dyspnéisante »; son intensité est variable, parfois à peine marquée, parfois très violente, et revêtant alors le type asthmatiforme;

c) La cyanose du visage et des extrémités accompagne parfois les crises violentes de toux;

d) L'expectoration est généralement assez abondante, surtout le matin, après les grandes quintes de toux. « Son importance est si grande que le terme « catarrhe », qui symbolise l'exagération des sécrétions muqueuses, est devenu synonyme de bronchite chronique et que ses variations permettent d'établir les diverses modalités cliniques de ces bronchites. » (Florand, François et Flurin.) Laënnec classe, d'après les caractères de l'expectoration, les bronchites chroniques en :

- 1° Bronchite muco-purulente commune;
- 2° Bronchite sèche;
- 3° Bronchite séreuse ou catarrhe piteux;
- 4° Bronchite purulente ou broncho-pyorrhée;
- 5° Bronchite fétide.

Cette classification est toujours en vigueur. C'est celle qu'admettent Florand, François et Flurin, en lui ajoutant cependant la bronchite pseudo-membraneuse.

Les signes physiques, chez ces malades, sont analogues à ceux que l'on trouve dans les bronchites aiguës.

L'inspection et la percussion ne révèlent, en général, rien d'anormal. Eichhorst signale cependant l'hypertrophie des sterno-mastoïdiens chez les vieux tousseurs. A la palpation, on devra rechercher le frémissement appelé par Gutman « frémissement bronchique », et qui ressemblerait, d'après Eichhorst à la « sensation que l'on éprouve en palpant le thorax d'un chat ronronnant ». Mais c'est là un signe très inconstant, qui fera souvent défaut.

L'auscultation fait entendre des râles secs, ronflants et sibilants, disséminés le plus souvent dans l'étendue des deux poumons, jamais réunis en foyers. « Ces deux variétés de râles, mobiles et le plus souvent associés, coïncident et se

substituent l'une à l'autre au cours d'une même auscultation. Leur intensité est telle qu'ils sont souvent perçus par le malade, qui accuse spontanément la sensation de sifflement ou de vibrations intérieures. » (Florand, François et Flurin.)

Ces râles secs coexistent habituellement avec des râles humides et bulleux, qui peuvent même prédominer, notamment dans les formes bronchorrhéiques des bronchites chroniques, où les ronchus et les sibilances sont inconstants. « Les râles humides sont, au contraire, à peu près constants dans la bronchite chronique. Ils siègent surtout à la base, mais peuvent se percevoir dans toutes les régions du poumon, et revêtent le type de râles sous-crépitants ou muqueux. Ce sont des bruits à caractère bullaire, donnant l'impression d'humidité, que l'on divise, suivant la grosseur apparente des bulles, en râles fins, moyens ou gros. » (Florand, François et Flurin.)

Tandis que les râles secs se propagent très bien, au point qu'un seul ronchus ou une sibilance peuvent être entendus avec la même intensité de tous les points du thorax, les râles humides se propagent peu.

L'*examen radiologique* ne montre pas de lésions spécifiques dans la plupart des bronchites chroniques; son intérêt réside surtout dans l'absence de toute lésion.

L'état général reste longtemps bon; on ne constate pas de fièvre, sauf au moment des poussées aiguës et des périodes d'infections saisonnières surajoutées.

Les signes que nous venons de décrire ne persistent pas continuellement; ils sont surtout nets au moment des poussées aiguës. « Il est exceptionnel, en effet, que les bronchites chroniques conservent d'une manière persistante la même intensité. Elles présentent une série d'améliorations et de recrudescences, et le terme de « bronchite à répétition » serait plus souvent exact que celui de bronchite chronique. » (Florand, François et Flurin.) Le rôle du froid et surtout de l'humidité paraît particulièrement important dans la genèse de ces poussées aiguës.

Le diagnostic de bronchite chronique est simple et résulte

de la constatation des signes ci-dessus décrits. Mais il est le plus souvent beaucoup plus malaisé de faire un diagnostic étiologique, c'est-à-dire de rechercher quelle est la cause initiale de la bronchite chronique. Il faudra, en effet, être très difficile pour conclure à de la bronchite chronique simple, car, s'il semble prouvé que la débilité bronchique peut à elle seule aboutir au syndrome de bronchite chronique, il ne faut pas oublier que ces bronchites reconnaissent habituellement une autre cause. Contrairement à ce que l'on croyait autrefois, il n'y a pas d'opposition entre la tuberculose et la bronchite chronique, qui sera souvent une des manifestations de la tuberculose au début. Il faudra donc se méfier des bronchites d'apparence banale chez les sujets qui présentent des signes d'imprégnation tuberculeuse, surtout si ces poussées bronchitiques se répètent et ont une tendance à la localisation et à la fixité à un sommet. L'étude clinique des malades, et notamment la prise régulière de la température, la recherche des signes d'imprégnation bacillaire, l'observation de l'état général, qui est bon dans les bronchites chroniques simples, sont des éléments à ne pas négliger dans un diagnostic aussi délicat.

Quant aux signes physiques, Marfan considère que, dans la forme bronchitique de la phtisie pulmonaire :

1° Les râles de bronchite sont plus marqués et plus fixes dans les sommets du poumon;

2° La percussion d'un des sommets fournit un son tympanique alors que, de l'autre côté, le son est normal;

3° Il n'y a pas d'emphysème généralisé, lequel est exceptionnel dans la phtisie, et commun dans la bronchite chronique.

L'examen radioscopique, qui est négatif dans la plupart des bronchites chroniques, montrera souvent, en cas de tuberculose, une zone de condensation pulmonaire à l'un des sommets et une diminution de l'incursion du diaphragme du même côté.

Enfin, si le doute persiste, il faut avoir recours à l'examen bactériologique des crachats; cet examen sera fait selon les

techniques que nous avons indiquées au début de ce travail. La recherche du bacille de Koch sera faite fréquemment et avec le plus grand soin; directement d'abord, après enrichissement et homogénéisation ensuite; elle devra, en cas de résultat négatif, être suivie d'inoculation au cobaye. On pourra aussi, en présence d'un résultat négatif, pratiquer l'albumino-réaction des crachats, qui, d'après Roger, suffit à démontrer, si elle est positive, la nature tuberculeuse d'une bronchite chronique.

Quelles sont les formes étiologiques des bronchites chroniques que nous avons rencontrées?

Sur les 56 cas de bronchites que nous avons observés, 9 fois l'affection nous a paru relever d'un processus aigu, sur lequel nous n'insisterons pas ici.

Dans les 47 cas restants, 7 fois la bronchite nous a paru être secondaire à une affection cardiaque, mitrale ou aortique; 2 fois, elle coexistait avec une affection rénale; 4 fois elle s'accompagnait d'affection gastro-intestinale; dans 6 cas, les crises d'asthme ou asthmatiformes paraissaient être à son origine; 14 fois, nous avons constaté le syndrome bronchite chronique et emphysème, sur lequel nous insisterons particulièrement. Il nous reste donc 14 cas où nous avons rencontré le syndrome de bronchite chronique isolé, et où, après un examen prolongé des malades, nous avons pu conclure à de la bronchite chronique essentielle par débilité bronchique.

Nous n'avons jamais rencontré des bronchites chroniques de diabétiques ou de goutteux, maladies sans doute trop richement portées pour qu'elles s'égarent à une consultation gratuite de tuberculeux. Notre statistique ne porte non plus pas trace de bronchites chroniques mycosiques. Enfin, nous avons dit, dans les chapitres qui précèdent, ce que nous pensions des bronchites chroniques des syphilitiques et des gazés ainsi que des rhino-bronchites descendantes. Quant aux bronchites chroniques des tuberculeux, nous ne nous en occuperons pas ici, puisque nous n'envisageons dans ce travail que les affections pouvant simuler la tuberculose.

° 1° BRONCHITES CHRONIQUES ET MALADIES DE CŒUR. — Adoptant la division de Lassègue, on peut distinguer la « bronchite mitrale » et la « bronchite aortique ».

a) La bronchite mitrale est observée non seulement au cours des affections valvulaires, mais encore « dans tous les cas où la circulation pulmonaire est gênée par une insuffisance fonctionnelle du cœur gauche » : péricardite chronique, symphyse cardiaque, cardiosclérose avec dilatation, myocardite des obèses, artériosclérose et gibbeux. C'est celle qu'on observe aussi chez les emphysémateux arrivés à la période d'hyposystolie ou d'asystolie. Lorsque, comme cela arrive dans le rétrécissement mitral notamment, elle s'accompagne d'hémoptysie chez les sujets maigres, peu développés, à thorax étroit, dyspnéiques, elle sera souvent confondue avec la tuberculose pulmonaire.

Son diagnostic se fait par la constatation des lésions cardiaques et par la présence de râles humides, râles de congestion passive aux bases pulmonaires. De plus, ces malades présentent souvent d'autres signes d'hyposystolie qu'il faudra rechercher, signes traduisant la gêne de la circulation : dyspnée d'effort, gros foie, urines rares et foncées, œdème péri-malléolaire, coloration violacée des lèvres, des pommettes, du lobule de l'oreille, et de la dilatation des veines du cou. Ce sont les « dyspnéiques rouges » d'Huchard. Ces états bronchitiques seront très améliorés par un traitement toni-cardiaque et diurétique. La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration de ces malades sera toujours négative.

Dans 4 de nos observations, la bronchite chronique nous a paru être secondaire à de l'hyposystolie, et réaliser le type de la bronchite mitrale; nous donnons ci-dessous l'observation qui nous a paru la plus caractéristique.

OBSERVATION XVI.

P... (Henriette), 53 ans.

La malade se présente à la consultation, le 15 mai 1926, parce qu'elle tousse, crache et présente de la dyspnée d'effort.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Malade emphysémateuse depuis déjà plusieurs années; a présenté de l'insuffisance pluri-glandulaire s'accompagnant d'adipose, pour laquelle elle a été traitée et améliorée par des comprimés d'extrait pluriglandulaire (F. Choay).

Etat actuel. — Depuis un mois, la malade présente une fatigue extrême au moindre effort, de la dyspnée et de l'essoufflement dès qu'elle quitte la position assise. Elle se plaint en outre de palpitations et d'un point de côté douloureux; surtout la nuit dans la région précordiale. Elle tousse beaucoup, le matin surtout, et expectore après sa toux des crachats muco-purulents épais. Elle ne présente pas d'œdème malléolaire, mais des varicosités nombreuses.

Examen pulmonaire. — Inspection : thorax emphysémateux globuleux. Palpation : les vibrations thoraciques sont peu perçues. Percussion : rien à signaler. Auscultation : à gauche on entend à la base et dans l'aisselle des râles congestifs; ces mêmes râles sont perçus, mais moins nombreux, à la base droite.

Appareil circulatoire. — Souffle systolique d'insuffisance mitrale, se propageant dans l'aisselle. Le pouls est régulier : 78 pulsations à la minute. Tension artérielle : 17.10; indice : 2.

Examen des autres appareils. — Rien à signaler.

Urines normales, ni sucre, ni albumine, mais peu abondantes. Foie gros, un peu augmenté de volume.

En résumé, on se trouve en présence d'une malade à prédominance de signes fonctionnels (dyspnée, palpitations, toux, points de côté); on ne trouve que quelques signes physiques de congestion à la base gauche et un souffle d'insuffisance mitrale.

Examen des crachats. — Examen direct et après homogénéisation, négatif.

Radioscopie. — Amplitude diaphragmatique droite diminuée; l'ombre aortique déborde largement le sternum; le cœur droit est largement dilaté.

Traitement. — Pédiluves, hamamélode, toni-cardiaques.

Le 18 juin 1926, la malade est améliorée. Mais il est à noter que, depuis le mois dernier, elle a été malade durant trois jours, présentant de la diarrhée, de l'œdème péri-malléolaire, symptômes qui ont été améliorés par la prise de digitaline. Il persiste un point de

côté gauche, une toux très discrète, une expectoration légère et de la fatigue générale.

L'auscultation fait entendre des râles de congestion aux deux bases, mais surtout à gauche; il est à noter que la malade, qui avait conservé ses règles jusqu'à la fin de janvier 1923, n'est plus réglée depuis cette époque et présente de la tendance à l'engraissement.

En résumé, on se trouve ici en présence d'une hyposystolie se manifestant au moment de la ménopause et s'accompagnant de bronchite chronique avec congestion passive des bases et de troubles pluriglandulaires.

b) La *bronchite aortique* présente un tableau clinique tout à fait différent. Les accidents se rapprochent beaucoup de ceux que nous décrirons chez les albuminuriques. Les malades sont avant tout des dyspnéiques; mais, au lieu d'être continue comme chez les mitraux, la dyspnée revêt ici le caractère brutal « d'accès de suffocation parfois terribles, s'accompagnant de sensation d'une barre épigastrique, de griffe cardiaque, avec angoisse ». Elle réalise alors le tableau de l'*angor pectoris*. Ces malades sont des hypertendus. L'auscultation révèle chez eux de petits foyers de râles sous-crépitaux fins disséminés en divers points du poumon. « L'expectoration est muqueuse, aérée, souvent teintée de rose par une petite quantité de sang. Son abondance augmente rapidement au moment des crises dyspnéiques pour décroître une fois l'attaque terminée. » (Florand, François et Flurin.) C'est donc, on le voit, le tableau de l'œdème pulmonaire que revêt souvent la bronchite aortique. L'aorte est alors habituellement dilatée, cliniquement et radiologiquement; son auscultation fait entendre un souffle unique ou double, soit, plus souvent, des bruits clangoreux.

L'aspect de ces malades contraste avec le facies mitral décrit plus haut; ce sont les « dyspnéiques blancs » de Huchard « à la face pâle et anémiée, au pouls fort et vibrant ». Dans les trois observations où la bronchite chronique nous a paru secondaire à des lésions aortiques, le tableau clinique ne nous

a cependant pas semblé revêtir le caractère tragique que nous venons de décrire. On en jugera d'ailleurs par l'observation suivante.

OBSERVATION XVII.

R... (Ferdinand), 44 ans, chauffeur de taxi.

Le malade se présente à la consultation, le 19 mars 1926, parce qu'il tousse, crache et présente des crises nocturnes d'étouffements.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Syphilis non traitée il y a 15 ans. Le malade s'enrhume facilement, tousse et crache depuis plusieurs années.

Histoire de la maladie. — Depuis 4 mois, tousse et crache davantage. A présenté la nuit, à plusieurs reprises, des crises de dyspnée subite, mais très violente, s'accompagnant d'expectoration abondante, sans température. Céphalée très intense. A maigri de 15 kilos en quatre mois.

Examen pulmonaire. — Montre des signes d'emphysème, de bronchite chronique.

Examen de l'appareil cardio-vasculaire. — Aire de matité cardiaque légèrement augmentée. Les bruits du cœur sont clangoreux. Tension artérielle : maxima, 18; minima, 10; indice, 4.

Radioscopie. — Les deux sommets, surtout le gauche, sont gris et s'éclairent mal. Surcharge hilare très forte; gros cœur allongé dans le sens transversal; aorte volumineuse, mais d'une façon qui paraît uniforme. Espace clair médian visible.

L'examen bactériologique des crachats, direct et après enrichissement, est négatif.

14 mai 1926 : Mêmes signes, même état; a présenté depuis le mois de mars quatre crises nocturnes très violentes, avec sensation d'étouffement, expectoration spumeuse et légèrement rosée; douleurs angineuses. Un nouvel examen de crachats est négatif.

18 juin 1926 : Vient d'avoir de grosses crises de dyspnée nocturne, l'une le 15, l'autre le 16 juin. Le malade a encore maigri de 5 kilos depuis le mois de mars. Il se sent très fatigué, présente de la dyspnée continuelle et ressent, surtout au moment de ses crises nocturnes, une sensation de stricture au niveau de la base du

cou et de la partie supérieure du thorax. Il se plaint en outre de céphalée très violente. Les signes d'auscultation pulmonaire sont les mêmes que précédemment; les bruits cardiaques sont très clangoreux; la tension artérielle est de 19,10; indice, 5.

En résumé, on paraît se trouver en présence d'une bronchite chronique chez un aortique hypertendu dont les lésions aortiques sont sans doute d'origine spécifique. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est positive; l'examen des urines ne montre rien d'anormal, notamment pas d'albuminurie.

Traitement spécifique.

Signalons enfin qu' « il peut exister des formes mixtes de bronchite aortico-mitrale empruntant leur caractère à chacun des types essentiels que nous venons de décrire ».

2° BRONCHITES CHRONIQUES ET AFFECTIONS RÉNALES. — Le nom de « bronchite albuminurique » dont Lassègue a désigné les complications broncho-pulmonaires des néphrites ne saurait leur convenir et leur suffire, car on trouve chez ces malades les troubles broncho-pulmonaires les plus variés : accidents urémiques, œdème aigu du poumon, congestion passive, bronchite infectieuse, broncho-pneumonie.

Nous n'avons rencontré que deux fois des phénomènes bronchitiques qui nous ont paru pouvoir être rattachés à une affection rénale. Et encore, la première de ces malades était-elle syphilitique, et l'albuminurie qu'elle présentait pouvait, sans doute, trouver sa cause en un certain degré de débilité rénale, mais surtout dans l'intensité du traitement spécifique (bismuth) auquel elle avait été soumise. Notre deuxième observation concerne une malade cardio-rénale dont les phénomènes bronchitiques pourraient s'expliquer aussi bien par une lésion aortique que par des lésions rénales. C'est celle que nous exposons ci-après :

OBSERVATION XVIII (Résumée).

D... (Isabelle), 56 ans, journalière.

Malade suivie au centre antituberculeux depuis le 24 juillet 1922.

Vue pour la première fois par nous le 23 avril 1926.

Cette malade, qui tousse et crache depuis plusieurs années, est une cardio-rénale présentant d'une façon constante un bruit de galop gauche, perceptible à la pointe, sans signes d'hypertension aortique; on note de façon épisodique des crises d'oppression, de la dyspnée, s'accompagnant de congestion des bases (râles sous-crépitants) et parfois de véritables poussées d'œdème pulmonaire. On note en outre des névralgies sciatiques fréquentes.

L'analyse des crachats a toujours été négative, soit directement, soit après enrichissement ou homogénéisation.

L'examen radioscopique montre un cœur un peu gros, une aorte un peu hypertrophiée.

Tension artérielle : 20,14; indice, 5.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative; le dosage de l'urée dans le sang n'a pas été fait, mais à un examen antérieur, en 1923, l'urée dépassait 0 gr. 50. L'analyse d'urine montre des traces d'albumine de façon constante.

25 juin 1926 : A diverses reprises, la malade a présenté des céphalées avec vomissements et constipation, mais sans signes de réaction méningée. Parfois œdème malléolaire le soir. Douleurs rétro-sternales, mais sans caractère angineux net.

En résumé, on se trouve en présence d'une malade cardio-rénale, présentant des lésions de néphrite hypertensive, avec retentissement sur le cœur. La bronchite chronique dont elle est atteinte trouverait d'ailleurs aussi bien sa place dans le cas des bronchites liées aux affections cardiaques que dans celui des bronchites dépendant des affections rénales.

3° BRONCHITES CHRONIQUES ET AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES.

— Si nous avons pu observer, durant les six mois sur lesquels ont porté nos recherches, un nombre assez élevé de malades, venus à la consultation du Centre antituberculeux ne présentant, en dehors de la toux, aucun symptôme d'atteinte des bronches ou des poumons, mais chez qui l'examen faisait constater une affection gastro-intestinale à l'origine de leurs maux, il ne nous a été donné que très rarement d'observer des malades présentant des signes d'affections broncho-pul-

monaires consécutives à des affections gastro-intestinales. Nous n'avons relevé, en effet, que 4 observations où les troubles gastro-intestinaux prédominants étaient accompagnés de signes de bronchite, et encore, dans ces 4 observations, nous pensons qu'il y avait simplement un rapport de coexistence, et non d'interdépendance entre les deux affections.

Pourtant, cette interdépendance que nous n'avons pas observée existe certainement dans bien des cas. Elle a été démontrée par Londe, qui a établi que, « les manifestations bronchopulmonaires liées aux entérites peuvent également évoluer sur le mode subaigu ou chronique » (Flurin), par Hénoch, qui l'a étudiée surtout chez les jeunes enfants. Mais c'est Faisans et son élève Bernstein (thèse Paris, 1920) qui ont insisté sur l'importance des troubles intestinaux dans la variété des bronchites asthmatiques. C'est encore Faisans qui, par sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 27 janvier 1911, sur *L'appendicite chronique simulant la tuberculose*, amorça une discussion où devaient intervenir Comby, Siredey, Sergent et Claisse. A la séance du 31 mars 1911 de la même société, Walther, à son tour, insistait sur les rapports entre l'appendicite et la tuberculose, et apportait plusieurs observations d'appendicite à manifestations thoraciques, à propos desquelles de Massary et Poncet intervenaient dans la discussion.

Les phénomènes bronchitiques secondaires aux troubles gastro-intestinaux semblent surtout fréquents chez les enfants, et, depuis fort longtemps, les cliniciens ont remarqué que les entérites infantiles se compliquent souvent de troubles respiratoires. La plus grande fréquence de ces troubles chez les enfants, d'une part, et le fait que fort peu d'enfants viennent se faire examiner au Centre antituberculeux, d'autre part, nous paraissent responsables de la négativité de nos recherches sur ce point. Pourtant, cette association de troubles digestifs et respiratoires, quoique moins fréquente, se retrouve chez l'adulte, et Londe écrivait à son sujet : « Laissons passer les années et nous retrouverons les mêmes alternatives chez les mêmes sujets. »

Quant aux cas d'appendicite chronique pouvant simuler la tuberculose, il résulte de la communication de Faisans, comme des observations de Walther, que les signes physiques pulmonaires se bornent le plus souvent à des anomalies respiratoires, dont la plus fréquente est la faiblesse du murmure vésiculaire. Aussi pensons-nous, que c'est surtout par ses signes fonctionnels que l'appendicite chronique simule la tuberculose, et c'est dans le cadre des pseudo-tuberculoses par signes fonctionnels que nous étudierons cette affection.

4° BRONCHITE CHRONIQUE DES ASTHMATIQUES. — La question de l'asthme, ou plus exactement des « asthmes », est encore une question des plus controversées, que les notions acquises ces dernières années ont bien modifiée, comme la modifieront sans doute encore les travaux actuels et futurs. Mais nous ne nous occuperons ici ni de la conception actuelle de l'asthme, ni de sa pathogénie; nous n'envisagerons pas non plus les rapports de l'asthme et de la tuberculose, question sur laquelle l'unanimité est loin d'être faite; nous laisserons également de côté les cas où l'asthme nous a paru associé à une tuberculose évolutive, et nous retiendrons seulement les observations où nous avons constaté chez nos malades des crises d'asthme accompagnées et suivies de bronchite chronique pouvant faire penser à un processus tuberculeux, et dans lesquelles nous avons pu, après un examen complet, éliminer la tuberculose.

Nous avons relevé 6 observations de malades présentant des crises asthmatiformes nous paraissant indépendantes de toute tuberculose. Nous donnons ci-dessous les deux observations qui nous ont paru les plus typiques.

OBSERVATION XIX.

D... (Valérie), 26 ans, femme de chambre.

La malade se présente à la consultation, le 25 juin 1926, parce qu'elle tousse, crache et a présenté à deux reprises depuis un mois des crises de dyspnée nocturne.

Antécédents héréditaires. — Père mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents collatéraux. — Un frère a eu récemment une pleurésie; une sœur bronchiteuse chronique.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — La malade a eu une bronchite, en 1923, dont elle ne s'est jamais complètement remise. Depuis deux mois, elle tousse et crache abondamment. Elle a eu, à deux reprises, des crises de dyspnée nocturne apparues brutalement, et durant lesquelles la malade fut obligée de faire de violents efforts pour arriver à respirer et à lutter contre la sensation d'étouffement qu'elle ressentait. Ces crises étaient suivies d'expectoration abondante. Amaigrissement de 7 kilos depuis deux mois. Anorexie et sueurs nocturnes. Pas de température.

Examen pulmonaire. — Râles de bronchite bilatérale, avec quelques frottements discrets à la base droite. L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif; la radioscopie montre une image thoracique normale.

Autres appareils. — Circulatoire, digestif, urinaire, système nerveux : rien à signaler.

13 août 1926 : Continue à maigrir. Se sent plus fatiguée.

La malade est de plus en plus dyspnéique, l'essoufflement apparaissant au moindre effort. Elle a présenté de nouvelles crises nocturnes d'asthme, n'a toujours pas de température et n'a plus de sueurs nocturnes.

Examen pulmonaire : Signes de bronchite-bilatérale; l'examen des crachats est toujours négatif, mais montre quelques cellules éosinophiles dans l'expectoration.

20 août 1926 : Pas de nouvelles crises d'asthme. L'examen pulmonaire montre une très grosse quantité de râles, ronchus et sibilances dans toute l'étendue des deux poumons.

Examen radioscopique. — Les sommets sont normaux; la plage pulmonaire droite est plus grise que la gauche, avec une région hilaire extrêmement chargée, envoyant des prolongements vers le haut et surtout vers la coupole diaphragmatique, avec laquelle ils contractent des adhérences. Hémidiaphragme droit très peu mobile. Il ondule un peu vers la région moyenne. En vue postérieure, la grisaille est moins accentuée.

Traitement. — Potion calmante (belladone) et mélange apéritif.

3 septembre 1926 : Revient parce qu'elle tousse, crache toujours et a présenté de nouvelles crises d'asthme. Etat général stationnaire; n'a pas maigri depuis quinze jours. Appétit meilleur.

Examen pulmonaire. — Etendue des deux poumons farcie de bruits surajoutés de toutes sortes. La malade accuse une douleur au niveau de la fosse sus-claviculaire; l'examen des crachats est négatif.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Négatif.

16 septembre 1926 : Légère amélioration, mais a eu une crise d'asthme depuis le 3 septembre. L'état général est meilleur. A augmenté de 3 kilos depuis juin, tousse moins, mais crache encore assez abondamment. Est moins dyspnéique.

Examen pulmonaire. — L'ampliation thoracique est diminuée; l'auscultation permet d'entendre quelques sibilances disséminées dans les deux poumons; l'inspiration est humée, l'expiration prolongée. En somme, on peut éliminer le diagnostic de tuberculose; on se trouve en présence d'une bronchite asthmatiforme.

15 octobre 1926 : Tousse actuellement et a de l'essoufflement constant. A l'examen pulmonaire, signes de bronchite généralisée; sibilances disséminées dans l'étendue des deux poumons.

L'examen des crachats est toujours négatif. L'inoculation au cobaye, pratiquée au mois de juin, est négative.

OBSERVATION XX.

G... (Odette), 24 ans, employée de commerce.

Nous voyons pour la première fois cette malade le 21 mai 1926; mais elle est suivie à la consultation du Centre antituberculeux depuis le 20 février 1925.

20 février 1925 : *Antécédents héréditaires.* — Mère morte à 28 ans d'affection pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — A eu une bronchite il y a deux mois; depuis lors, se trouve fatiguée. Tousse, mais ne crache pas. A maigri de 3 kilos en un mois et demi. Anorexie, sueurs nocturnes, pas de température.

Examen pulmonaire. — En arrière, respiration rude, profonde; expiration un peu prolongée. En avant, au sommet droit, respiration plus forte et peut-être un peu soufflante; au sommet gauche, respiration plus grave et un peu rude. Pas de râles.

Examen des crachats. — Direct et après enrichissement : négatif.

Examen oto-rhino-laryngologique. — Négatif.

Radioscopie. — Très légère diminution de transparence du sommet droit et de la région sous-claviculaire.

Examen des autres appareils. — Absolument négatif.

Traitement. — Vin tonique.

27 novembre 1925 : Depuis deux mois, la malade présente presque chaque nuit des crises de dyspnée intense; elle a la sensation d'étouffer et est obligée de s'asseoir sur son lit pour respirer. Ces crises sont suivies d'expectoration abondante et de sueurs. En dehors de ces crises, la malade tousse peu et ne crache pas. Elle présente une céphalalgie presque continue, plus intense la nuit, surtout depuis deux mois. Avec cela anorexie, mais bonne digestion; ni constipation ni diarrhée, bien réglée, pas de température.

Examen. — Respiration rude au sommet, surtout en avant; quelques sibilances dans les deux poumons.

Examen cardio-vasculaire. — Rien d'anormal. Tension artérielle : 11,8; indice, 1/2.

La malade paraît très nerveuse.

Traitement. — Valéronal, puis potion belladonnée et adrénaline à l'intérieur.

21 mai 1926 : Les crises d'asthme se sont espacées sous l'influence du traitement et ont presque complètement disparu. Une dyspnée presque constante subsiste; la malade est essoufflée au moindre effort; elle se sent très fatiguée et souffre des jambes. Très mauvais appétit; elle continue à maigrir et a perdu 3 nouveaux kilos en un an. Elle tousse et crache moins.

Examen : Respiration très soufflante aux deux sommets, surtout à droite. Quelques sibilances dans les deux poumons, pas de râles humides.

Radioscopie. — Image thoracique normale.

Examen bactériologique des crachats. — Soit direct, soit après homogénéisation : négatif.

A quelle catégorie d'asthme appartiennent ces observations?

Nous croyons qu'il ne s'agit ici ni d'asthme symptomatique, ni d'asthme intriqué, bien étudié par Bezançon et de Jong dans la *Médecine* de mai 1921 et la *Presse médicale* du 8 décembre 1920, mais de crises d'asthme essentiel, sans préjuger en rien de l'étiologie et de la pathogénie de cet asthme, crises d'asthme s'accompagnant de phénomènes de bronchite chronique.

Le seul point sur lequel nous voulions insister ici est le diagnostic de ces bronchites chroniques chez les asthmatiques avec la tuberculose. Ici encore, nous observons un seul élément de certitude contre le diagnostic de tuberculose : l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, après plusieurs examens directs et enrichissement, et l'inoculation au cobaye négative.

Mais plusieurs indices de probabilité : a) l'évolution de l'affection chez des sujets, qui présentent dans leurs antécédents personnels ou héréditaires les affections que l'on rapporte à l'arthritisme, telles que la goutte, la lithiase biliaire ou rénale, l'obésité, le diabète, la migraine, les névralgies sciatiques et l'urticaire surtout; b) l'apparition brusque des crises de dyspnée au milieu de la nuit; c) les caractères de l'expectoration, qui apparaît à la fin de la crise et consiste en « crachats perlés », abondants, riches en cellules éosinophiles; d) l'ancienneté de l'affection, qui peut évoluer depuis plusieurs années, puisqu'il faut parfois remonter à l'enfance pour retrouver la première crise; e) l'absence presque constante de température et des signes d'imprégnation bacillaire : sueurs nocturnes, perte de poids, anorexie; f) la constatation d'une santé relativement bonne entre les crises, la conservation de l'état général, la différence entre les signes physiques, très intenses en période de crise, et très diminués au repos, où ne persistent que quelques râles de bronchite; g) le résultat négatif de l'examen radiologique, qui permet cependant de constater l'immobilité absolue du diaphragme et du thorax durant certaines crises, constituent autant d'éléments de présomption en faveur de l'asthme essentiel contre la tuberculose. Cependant, il existe des cas où l'asthme peut accompagner une poussée évo-

lutive de tuberculose, et c'est alors que les malades pourront présenter, en même temps que des crises d'asthme typique, des signes plus ou moins discrets d'un réveil de tuberculose, et que leur expectoration, bien que riche en cellules éosinophiles, pourra contenir des bacilles de Koch, d'où l'utilité, même chez les asthmatiques avérés, de pratiquer fréquemment l'examen bactériologique des crachats.

5° BRONCHITE CHRONIQUE ET EMPHYSÈME. — Complication tardive de la plupart des bronchites chroniques, l'emphysème pulmonaire ne se présente qu'exceptionnellement à l'état d'entité clinique isolée, si bien que Sergent a pu écrire que « l'emphysème généralisé, simple ou essentiel, est presque un mythe en clinique; il n'existe pour ainsi dire jamais ». L'emphysème est donc l'aboutissant presque constant de la bronchite chronique, mais, si « presque tous les emphysémateux sont des bronchiteux chroniques, tous les bronchiteux chroniques ne sont pas emphysémateux » (Sergent).

Et, comme y insiste ce dernier auteur, l'association presque indissoluble de ces deux mots et l'abus que l'on en fait consacrent une erreur tant anatomo-pathologique que clinique. L'emphysème, en effet, se manifeste par une séméiologie bien spéciale; il réalise un tableau clinique, qui souvent, sans doute, sera estompé et dominé par les signes de la bronchite, mais qu'il faut néanmoins avoir constaté pour porter le diagnostic d'emphysème.

Puisque, selon le mot de Laënnec, il n'y a « pas d'emphysème sans bronchite chronique », c'est au milieu des signes de l'inflammation bronchique que doivent être recherchés les symptômes propres à l'emphysème. Nous ne dirons ici rien des premiers, que nous avons exposés au début de ce chapitre, et nous ferons simplement une courte analyse des seconds, dont la constatation nous permettra de conclure à l'emphysème. Ce sont :

a) *La dyspnée*, légère dans la bronchite chronique, s'accroissant de plus en plus progressivement, puis devenant constante chez les emphysémateux, qui sont essoufflés au moindre effort,

si bien que, selon l'affirmation d'Homolle, ces malades « sont sobres de gestes et de paroles et évitent toute fatigue ». Signe révélateur de l'emphysème, la « gêne respiratoire est le seul signe fonctionnel appartenant en propre à l'emphysème » (Harvier).

b) *Les signes physiques*, les seuls caractéristiques.

A l'inspection, on constate un thorax volumineux, dilaté, globuleux, un peu en tonneau. Elargi à sa partie supérieure, où s'insèrent les muscles respiratoires accessoires hypertrophiés, il est rétréci à sa partie inférieure. Les côtes sont relevées, le sternum projeté en avant, les espaces intercostaux élargis. Les creux sus et sous-claviculaires sont effacés; on note une déformation thoracique, souvent bilatérale, des voussures partielles. Le malade respire difficilement, l'inspiration est courte, l'expiration prolongée; l'ampliation thoracique est à peu près nulle malgré les efforts que fait le malade pour respirer; l'indice respiratoire est très faible. L'emphysémateux présente, en outre, un facies spécial, pâle, avec des varicosités violettes au niveau des pommettes, des lèvres cyanosées, un cou raccourci et large.

La palpation fait sentir des vibrations vocales plus ou moins diminuées; le choc de la pointe du cœur n'est plus perçu. La percussion décèle une sonorité exagérée, parfois même du tympanisme dans les zones où l'emphysème est très marqué; la sonorité pulmonaire couvre alors totalement ou en partie la matité cardiaque. L'auscultation permet de constater de la diminution du murmure vésiculaire, qui est assourdi, la prolongation de l'expiration, une inspiration lente, brève, humée, un affaiblissement des bruits du cœur qui semblent éloignés. Mais la présence des signes de bronchite et de râles de congestion aux bases s'ajoute le plus souvent à ces signes propres à l'emphysème.

L'examen radiologique révèle des poumons plus clairs que normalement, une image thoracique agrandie, un diaphragme abaissé, une cage thoracique rigide et dilatée, avec des espaces intercostaux immobiles.

La spirométrie montre que la capacité vitale du poumon est fortement diminuée. La pneumographie, la pneumatométrie, la cyrtométrie, donnent également des résultats intéressants mais que l'on ne recherche habituellement pas en clinique.

Disons, en terminant, que l'état général de ces malades est habituellement bon, au moins au début de leur emphysème, tant qu'ils ne sont pas arrivés au stade de dilatation du cœur droit et d'insuffisance cardiaque. Ils ne présentent pas de température, leur pouls est normal; ils sont, en général, légèrement hypertendus.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau clinique réalisé par l'emphysème, et ce n'est que quand les signes que nous venons de décrire s'associent à la bronchite chronique, ce n'est que quand on rencontre ces thorax presque figés, où l'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire très affaibli, avec expiration très prolongée chez des malades dont la dyspnée va progressivement croissant, qu'on doit parler d'emphysème pulmonaire et porter le diagnostic, si souvent formulé, mais bien moins fréquemment constaté, de « bronchite chronique et emphysème ».

Sur sa nature comme sur celle de l'asthme, l'accord est encore loin d'être fait; nous dirons la même chose de ses rapports avec la tuberculose, dont, contrairement aux anciennes conceptions, qui admettaient une antinomie entre ces deux affections, le rôle dans la pathogénie de certains emphysèmes a été amplement démontré et est aujourd'hui universellement admis. De là à affirmer que l'emphysème est toujours de nature bacillaire il n'y a qu'un pas, et ce pas a été trop facilement franchi par certains auteurs, qui, sous l'influence des théories de Poncet, ont voulu faire de l'emphysème une sorte de « tuberculose inflammatoire » du parenchyme pulmonaire. Ne pouvant faire la preuve de leurs affirmations par la constatation du bacille de Koch dans l'expectoration, ces auteurs se contentaient, pour conclure à la nature tuberculeuse de l'affection, de constater chez leurs malades les signes d'imprégna-

tion bacillaire et, notamment, de mettre en évidence la susceptibilité des emphysémateux à la prise d'iodure de potassium ou aux injections de sérum artificiel, qui déterminent chez eux comme chez les bacillaires une hyperthermie passagère et parfois même des hémoptysies. Il ne nous appartient pas de critiquer ces théories auxquelles s'attachent les noms illustres de Poncet, de Bard, de Mongour, de Landouzy, de Hirtz, de Grancher et de Faisans, et de rechercher la part de vérité qu'elles renferment. Mais, si nous reconnaissons volontiers que la tuberculose est une cause fréquente d'emphysème, nous sommes persuadé qu'elle n'en est pas la cause unique, qu'elle n'en est, en tous les cas, pas la cause évidente, et que bien d'autres affections peuvent déterminer l'emphysème. C'est à cette conclusion que nous ont permis d'aboutir les observations des 14 malades, chez qui nous avons pu constater l'association de l'emphysème et de la bronchite chronique, sans jamais pouvoir incriminer la tuberculose. Parmi ces 14 observations, nous publierons la suivante, qui est celle que nous avons pu le mieux suivre, et où l'infection tuberculeuse ne nous paraît pas pouvoir être mise en cause.

OBSERVATION XXI.

G... (Antoinette), 63 ans.

Se présente à la consultation, le 16 juillet 1926, parce qu'elle tousse, crache un peu et présente une dyspnée d'effort de plus en plus marquée. La malade entre au Sanatorium le 17 juillet 1926.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Une sœur décédée d'une infection pulmonaire à la suite d'un refroidissement.

Antécédents personnels. — Bien portante pendant sa jeunesse, mais s'enrhumant très facilement tous les hivers. En 1906, à 43 ans, la malade eut une congestion cérébrale.

Réglée à 14 ans, ménopause à 48 ans. Mariée à 18 ans; a eu cinq grossesses, dont trois se terminèrent par un accouchement normal et deux par un avortement. Sur les trois enfants nés normalement, le premier et le troisième sont bien portants; la deuxième présente une

tuberculose ulcéro-caséuse évolutive infectante et est hospitalisée au Sanatorium de Feuillas. Elle a été en contact avec sa mère, qui l'a soignée d'octobre 1925 à février 1926.

Histoire de la maladie. — En 1918, bronchite plus intense que d'habitude, avec toux, expectoration légère et température. Cette bronchite se prolonge et se répète ensuite tous les hivers. Depuis trois ans, la malade tousse continuellement, est de plus en plus essoufflée et présente de la dyspnée au moindre effort.

Examen. — L'état général ne paraît pas mauvais. Malade de taille moyenne, présentant un cou court et large.

Appareil pulmonaire. — A l'inspection, le thorax est globuleux, légèrement en tonneau; l'ampliation respiratoire et l'indice respiratoire sont très faibles. A la palpation, les vibrations sont mal senties; elles paraissent cependant plus marquées du côté gauche. A la percussion, on note une sonorité à peu près normale, légèrement augmentée du côté droit. Auscultation : l'inspiration est courte et humée, l'expiration soufflante et prolongée. On entend des sibilances disséminées dans l'étendue des deux poumons et quelques râles humides plus abondants à gauche qu'à droite. En arrière, du côté gauche, on remarque une légère obscurité respiratoire dans les régions sus et sous-épineuses, où le murmure vésiculaire est très diminué d'intensité.

Appareil circulatoire. — Le choc de la pointe du cœur n'est pas perçu; les bruits du cœur sont plus sourds que normalement. Tension artérielle : 16.11; indice : 1.

Autres appareils. — Rien à signaler.

L'examen bactériologique des crachats répété à plusieurs reprises, soit directement, soit après enrichissement et après homogénéisation, a toujours été négatif. L'inoculation au cobaye est également négative. La recherche des bacilles de Koch dans les selles, selon les procédés de de Nabias, de Venot et Moreau, de Servanti, de Gardère et Lacroix et de Ronchèse, est également négative.

L'examen des urines ne décèle rien d'anormal.

Durant son séjour au Sanatorium, du 17 juillet au 8 octobre, la malade n'a jamais présenté de température, jamais de sueurs nocturnes; l'appétit est bon, le poids est passé de 43 à 47 kilos.

Examen radioscopique. — Juillet 1926 : Les sommets s'éclairent à la toux; les champs pulmonaires sont de teinte uniforme. Diaphragme mobile à droite, légèrement accroché vers le sinus à gauche; en somme, aucune lésion parenchymateuse apparente du côté du hile, léger élargissement de l'ombre médiastinale et disparition des contours cardio-aortiques. Espace rétrocardiaque nettement apparent.

Dans nos observations, c'est donc en dehors de la constatation des signes associés d'emphysème et de bronchite chronique, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration et dans les selles, l'inoculation négative au cobaye, joints à la conservation de l'état général relativement bon chez des malades dont le symptôme fonctionnel prédominant est la dyspnée, et dont la courbe de température est apyrétique, qui nous ont permis d'éliminer la tuberculose pulmonaire et nous ont conduit à admettre que l'emphysème peut souvent, en dehors de la tuberculose, compliquer les bronchites chroniques.

6° BRONCHITES CHRONIQUES ESSENTIELLES PAR DÉBILITÉ BRONCHIQUE. — Nous faisons rentrer dans cette catégorie les 14 cas où le syndrome de bronchite chronique ne nous a paru ni secondaire, ni associé à une autre affection. Ils sont caractérisés par « l'absence, au moins pendant les premières phases de leur évolution, de toute autre lésion organique, et la localisation exclusive des troubles fonctionnels sur l'arbre aérien ».

L'interrogatoire des malades de cette catégorie nous apprend qu'ils s'enrhumaient très facilement, et qu'ils ont présenté, à toutes les périodes de leur vie, des affections des voies respiratoires. La moindre cause, refroidissement, poussières, maladies infectieuses, fièvre, déclenche chez eux des poussées bronchiques : ce sont de perpétuels enrhumés. En dehors de leur susceptibilité bronchique, ces malades jouissent d'une bonne santé et sont d'apparence robuste.

Florand, François et Flurin, qui les ont spécialement étudiés constatent qu'ils respirent de façon anormale, « gardent continuellement la bouche ouverte, et même, en l'absence d'obstruction nasale, la respiration buccale est chez eux la règle ».

Ces auteurs ont mis en évidence, outre le syndrome de bronchite chronique, trois signes révélateurs de cette susceptibilité bronchique, dont il est facile de rechercher les manifestations. Ces trois signes sont :

- a) L'hyperesthésie bronchique;
- b) L'instabilité circulatoire;
- c) Les troubles de la sécrétion provoquée.

a) *Hyperesthésie bronchique.* — Ces malades toussent pour la moindre cause : changement de température, fraîcheur et humidité de l'atmosphère, brouillard, poussières, fumée, odeur de tabac. Ils présentent en plus « une dyspnée légère, une impression vague de compression thoracique », due « à une contracture réflexe des muscles respiratoires, qui tend à diminuer la pénétration dans les voies aériennes de l'air chargé de substances irritantes ». Par suite de la diminution de l'hématose, qui résulte de ces troubles de la ventilation pulmonaire, il n'est pas rare d'observer une polypnée modérée, allant de 20 à 25 respirations par minute, et considérée par François, Florand et Flurin comme un des meilleurs signes de débilité bronchique.

b) *Instabilité circulatoire.* — Elle se traduit par des « crises congestives de la muqueuse, survenant tantôt sous l'influence d'une irritation locale, tantôt sans cause apparente ». Toutes les excitations réflexes, excès alimentaires, alcooliques, génitaux, veilles, préoccupations morales, semblent pouvoir la provoquer. « L'hyperhémie trachéo-bronchique se traduit par une sensation de gêne et de douleur rétrosternale. Le malade tousse dans l'espoir de se délivrer du poids qu'il a sur la poitrine, et ses efforts amènent l'expulsion de mucosités et de quelques crachats nacrés, d'un gris de perle et d'une consistance d'empois. » On constate même des troubles dus à l'hyperhémie pituitaire et laryngée, mais, en réalité, la gêne fonctionnelle qui résulte de cette hyperhémie est minime et négligée par les malades, sauf les orateurs et les chanteurs.

c) *Troubles de la sécrétion provoquée.* — L'hypersensibilité des malades à susceptibilité bronchique exagérée est mise en

évidence par la réaction à certains médicaments, notamment à l'iodure de potassium et aux médicaments expectorants dont l'absorption produit chez eux une « abondance de l'hypersécrétion des muqueuses respiratoires ».

Telle est la triade symptomatique de la débilité bronchique. A vrai dire, si nous n'avons pas recherché, chez les malades que nous faisons entrer dans cette catégorie, les troubles de la sécrétion provoquée, ils nous ont paru tous posséder une hyperesthésie bronchique et une instabilité circulatoire très prononcées; c'est sur ces deux symptômes associés au syndrome de bronchite chronique, à l'absence de toute autre affection concomitante, à la négativité persistante de l'examen des crachats, à la radioscopie toujours négative, à l'hypothermie, à la conservation de l'état général, que nous nous sommes appuyé, pour porter le diagnostic de débilité bronchique.

Le diagnostic de cette maladie, qui paraît souvent héréditaire, et peut constituer une véritable affection familiale, ne doit toutefois être accepté, surtout lorsqu'elle s'accompagne de poussées répétées de bronchite chronique, qu'après élimination de la tuberculose pulmonaire par tous les procédés. Et encore, pensons-nous que ce diagnostic ne sera souvent que provisoire, c'est-à-dire un diagnostic d'attente; les malades rangés dans cette catégorie ne devront pas être perdus de vue, mais soumis à des investigations cliniques, radiologiques, bactériologiques périodiquement répétées. Et, peut-être, pourra-t-on voir ainsi l'épreuve des troubles de la sécrétion provoquée donner naissance non pas à une simple hypersécrétion des muqueuses respiratoires, mais à des hémoptysies accompagnées de poussées fébriles et d'expectoration, où l'on pourra trouver des bacilles de Koch.

Nous reproduisons ci-après une des observations, qui nous a paru des plus typiques, de bronchite chronique avec débilité bronchique.

OBSERVATION XXII.

D... (Eugénie), 38 ans.

La malade se présente à la consultation, le 2 juillet 1926, parce qu'elle tousse et crache depuis de nombreuses années.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — A toujours eu des rhumes et des bronchites répétées durant à peu près tout l'hiver, surtout depuis 1915. La malade toussait et crachait à la moindre cause et présentait une dyspnée légère.

En décembre 1925, nouvelle poussée de bronchite; la toux devient plus fréquente, l'expectoration et la dyspnée restent modérées. La malade présente des sueurs nocturnes, se fatigue très facilement et maigrit.

L'examen du 2 juillet 1926 et les examens postérieurs ne décèlent pas autre chose que quelques sibilances disséminées dans les deux poumons.

L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, a toujours été négatif; la radioscopie montre une image thoracique normale. L'examen oto-rhino-laryngologique est négatif.

La malade est revue à plusieurs reprises sans qu'on puisse noter aucun changement notable dans son état.

Enfin, pour terminer ce chapitre, nous donnerons, brièvement résumée, l'observation d'une malade chez qui le diagnostic primitivement porté de bronchite chronique, était bien un diagnostic provisoire d'attente, puisqu'il fut infirmé par une inoculation au cobaye qui se révéla positive bien qu'on n'ait pu relever dans l'histoire et dans les examens clinique, radioscopique et bactériologique de la malade, aucune présomption en faveur de la tuberculose.

OBSERVATION XXIII.

H... (Angèle), 26 ans.

Nous voyons la malade à la consultation en septembre 1926, où elle se plaint de migraines et d'asthénie. Elle entre au Sanatorium le 6 septembre.

Antécédents personnels. — Anémie dans la jeunesse; s'enrhumait facilement, bronchites fréquentes. Mariée à 21 ans en 1920; mari bien portant, deux enfants très bien portants; pas de fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. La malade n'a pas de tuberculeux dans la famille. Elle n'a jamais eu de contact avec des tuberculeux.

Histoire de la maladie. — En 1915, à la suite de la présence de quelques filets de sang dans ses crachats un seul jour, la malade fut examinée et opérée d'un éperon dans le nez. En 1920, trois mois après son mariage, elle se mit à tousser abondamment et à cracher un peu. Pas d'hémoptysie; dyspnée d'effort à ce moment-là; appétit conservé, mais la fatigue et l'amaigrissement font conseiller l'envoi à Arcachon en janvier 1921. Depuis ce départ, on note une amélioration très notable, bien que la malade continue à s'enrhumer fréquemment, à tousser et à cracher un peu. Les examens de crachats faits à cette époque ne montrent pas de bacilles de Koch. En octobre 1923, accouchement normal. En 1924, quelques crachats de sang à deux ou trois reprises. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. Le 31 décembre 1925, deuxième accouchement normal.

Le 4 juillet 1926, la malade, qui n'avait pas toussé depuis près d'un an, s'enrhume, tousse beaucoup, rejette des crachats abondants et grisâtres. La température monte à 40°6, mais ne dure qu'un jour. Depuis, plus de température. A cette époque-là, on note une anorexie légère, de l'amaigrissement, un affaiblissement notable. Au bout d'une vingtaine de jours, la toux cesse, et, bien que la malade ne présente pas de bacilles de Koch dans les crachats, son médecin lui conseille d'entrer au Sanatorium.

Le 6 septembre 1926, date de l'entrée de la malade au Sanatorium, elle ne présente ni douleurs thoraciques, ni dyspnée, ni toux, ni crachats. Elle aurait maigri de 5 kilos depuis trois mois. Mais, actuellement, elle ne présente pas d'affaiblissement; son appétit est excellent, elle n'a pas de vomissements, ses selles sont normales, ses règles sont normales. La température monte cependant à 37°4 le soir.

Examen. — A l'inspection, on note un thorax amaigri. En avant, la palpation et la percussion sont normales. A l'auscultation, le mur-

mure vésiculaire est plus faible à droite qu'à gauche. En arrière, on note aussi de l'amaigrissement du thorax, mais aucun signe de tuberculose. Simplement quelques sibilances de temps à autre à l'auscultation.

La radioscopie montre que les deux sommets sont un peu gris, surtout le droit, et s'éclairent mal à la toux. Le reste du poumon paraît bon. On note une grosse réaction médiastinale bilatérale.

Examen des crachats. — Premièrement examen direct et deuxièmement après homogénéisation : se montrent négatifs. On pratique une inoculation au cobaye et la malade est renvoyée chez elle le 13 septembre à la suite de la négativité des divers examens. L'inoculation au cobaye se montre cependant positive.

V. — *Adénopathie trachéobronchique.*

Nous arrivons ici à la dernière catégorie des malades qui nous paraissent devoir entrer, du moins parmi ceux que nous avons observés, dans le groupe des fausses tuberculoses pulmonaires par signes physiques. De profondes différences séparent pourtant ces malades des autres pseudo-tuberculeux étudiés jusqu'ici : c'est d'abord leur jeune âge, puisque nous avons surtout affaire ici à de grands enfants ou à des adolescents de 10 à 16 ans; c'est ensuite le siège extra-pulmonaire de leur affection, qui se traduit néanmoins par des signes physiques ou fonctionnels semblables à ceux des affections bronchiques et pulmonaires; c'est, enfin, la grande variabilité de leur pronostic selon le facteur étiologique en cause et le degré d'évolution de leur maladie.

Le terme de fausse tuberculose peut paraître impropre quand il s'agit d'adénopathie trachéo-bronchique, puisque la nature tuberculeuse fréquente de ces adénopathies est aujourd'hui universellement admise. Nous croyons cependant que nous ne devons pas les passer sous silence, car, dans les observations que nous avons retenues comme dans les affections précédemment étudiées, la recherche du bacille de Koch, seule preuve

vraiment certaine de la tuberculose pulmonaire, a été négative, ce qui tendrait à vérifier la théorie de Calmette, qui ne fait pas de l'adénopathie trachéo-bronchique une affection forcément secondaire à un chancre d'inoculation pulmonaire, et qui considère, au contraire, que l'adénopathie trachéo-bronchique évolue le plus souvent en dehors de toute atteinte du poumon. Donc, même dans les cas où il s'agit d'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire, — car, comme l'ont prouvé notamment les travaux de Guéneau de Mussy, de Baréty et de Jules Simon, l'adénopathie trachéo-bronchique n'est pas toujours uniquement tuberculeuse, — il s'agit véritablement de pseudo-tuberculose pulmonaire, lorsque cette tuberculose reste localisée aux ganglions, mais se traduit cependant par des signes physiques habituels aux lésions du parenchyme pulmonaire. Aussi, tant que ces adénopathies ne s'accompagnèrent pas de la présence de bacilles de Koch dans les crachats, due soit à l'ouverture dans les bronches, soit à la propagation au poumon, les avons-nous considérées comme des pseudo-tubercules pulmonaires.

Nous ne nous occuperons d'ailleurs pas ici de l'adénopathie trachéo-bronchique s'accompagnant d'une infiltration bacillaire du poumon, affection qui constitue alors la tuberculose ganglio-pulmonaire.

L'adénopathie trachéo-bronchique est une affection extrêmement fréquente chez l'enfant; elle frapperait même, à un degré plus ou moins variable, tous les individus à une certaine période de leur vie, puisque 97 p. 100 des sujets, d'après les données de la cuti-réaction confirmées par les résultats nécropsiques, feraient un jour une infection bacillaire plus ou moins atténuée, et puisque cette infection frapperait toujours les ganglions trachéo-bronchiques, soit qu'elle se fasse par voie respiratoire, selon les théories de Kuss et de Parrot en honneur auprès de l'Ecole parisienne, soit, comme les travaux remarquables de Villemin, puis de Calmette, en ont prouvé la possibilité, que l'infection tuberculeuse reconnaisse une origine intestinale. Mais, s'il est possible que chez la majorité des

sujets l'infection tuberculeuse puisse à un moment donné provoquer une réaction ganglionnaire, le terme d'adénopathie trachéo-bronchique doit être réservé aux cas qui s'accompagnent véritablement de signes pathologiques nets, et il ne faut pas porter trop facilement, comme on a une tendance générale à le faire, ce diagnostic sur la simple observation d'un signe isolé, et encore moins sur la seule constatation radiologique d'ombres hilaires et périhilaires que certains médecins ont pris l'habitude de considérer toujours comme des images d'adénopathie trachéo-bronchique, car, comme le faisaient remarquer Léon Bernard et Vitry, dans une communication à l'Académie de médecine, le 10 juillet 1923, « sous le couvert d'examen radiologiques mal interprétés, un véritable abus du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tend à se dessiner ». Enfin, comme nous l'avons signalé plus haut, adénopathie trachéo-bronchique n'est pas forcément synonyme de tuberculose, et il existe des adénopathies simples, infectieuses, compliquant le plus souvent la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la grippe, ou quelque affection pulmonaire aiguë. Ces faits sont d'ailleurs bien connus, et Nobécourt l'a fort bien mis en évidence en écrivant : « Quand il existe des signes d'adénopathie trachéo-bronchique, il faut toujours être réservé dans l'interprétation des symptômes pulmonaires, et ne pas, en toutes circonstances, croire à une lésion tuberculeuse du poumon. L'adénopathie peut causer de la congestion, de l'atélectasie, de la bronchite du sommet ou de la région périhilaire, qui peuvent faire penser à tort à la tuberculose du poumon. » (Nobécourt, *Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire à début lent chez les enfants*, Clinique médicale des enfants, Affections de l'appareil respiratoire, p. 254.)

Bien qu'ils soient extrêmement variables et inconstants, nous allons donc essayer d'étudier les divers éléments qui concourent à la formation du syndrome de l'adénopathie trachéo-bronchique, en empruntant largement, pour cette étude, la description de Léon Bernard sur l'adénopathie trachéo-bronchique, dans son livre *La tuberculose pulmonaire* (2^e édit.).

« Les symptômes généraux sont en réalité ceux de l'infection tuberculeuse elle-même, écrit Léon Bernard; ils n'ont aucune relation directe avec sa localisation ganglionnaire. Souvent, il s'agit d'enfants pâles, anémiques, d'aspect chétif, amaigris, mous et languides, et dont le développement ne se fait pas sans accrocs, qui ne laissent d'inquiéter l'entourage. Plus souvent encore, on se trouve en présence d'enfants qui subissent pendant des semaines et des mois une ascension thermique quotidienne. » Mais cette fièvre continue et prolongée, appelée souvent fièvre de croissance, d'une durée désespérante, est peu régulière et peu élevée, ne dépassant que rarement 38 degrés. L'hyperthermie peut rester longtemps un symptôme isolé, ne s'accompagnant pas d'autres manifestations pathologiques ou coïncider avec l'état général décrit plus haut.

Parmi les signes fonctionnels, la toux est à peu près constante. C'est une toux quinteuse, coqueluchoïde, sans expectoration concomitante, non suivie de vomissements. La dyspnée n'est pas un élément constant; elle peut apparaître sous forme d'accès paroxystique et s'accompagner de cyanose, reproduire plus ou moins complètement des accès d'asthme. Il peut exister du cornage expiratoire. Le ronflement peut être le symptôme capital de l'adénopathie et se montrer d'une façon continue ou discontinue. Dans ce dernier cas, comme l'a signalé Guéneau de Mussy, il ne se produit souvent que pendant le sommeil ou le décubitus dorsal, pour cesser lorsque l'enfant est debout. La voix peut être voilée et rauque, et l'on a pu constater de l'inégalité pupillaire et une accélération permanente du pouls. Baréty signalait dans les formes avancées une douleur sourde au niveau du sternum; il est plus fréquent de constater la spinalgie provoquée au niveau des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales. Enfin, Ribadeau-Dumas insiste sur les symptômes digestifs, qui souvent dominent la scène : anorexie non élective, alternatives de diarrhée et de constipation.

Les signes physiques sont les plus importants, ceux qui permettent de porter le diagnostic de l'affection. Ils sont eux-

mêmes variables suivant les sujets, suivant l'importance de l'adénopathie trachéo-bronchique, et, chez un même sujet, ils présentent souvent une inconstance remarquable. En réalité, il est classique d'admettre que les signes cliniquement constatés ne correspondent souvent pas aux lésions ganglionnaires. Certaines adénopathies énormes resteront parfois méconnues, tandis que des adénopathies légères se traduiront par des signes fonctionnels et physiques très importants, si bien que Comby a pu dire justement que « le diagnostic d'adénopathie est fait là où elle n'existe pas, et qu'il est ignoré quand elle existe », et que Léon Bernard a écrit : « Il n'est pas douteux, d'une manière générale, qu'il n'existe aucune relation entre le degré réel, anatomique, de l'adénopathie et l'importance objective des désordres cliniques communément attribués à cette lésion. »

A l'inspection, on note parfois une circulation veineuse sous-cutanée exagérée, particulièrement en avant. La palpation a pu faire percevoir exceptionnellement le bord supérieur des ganglions rétro-sternaux hypertrophiés. Mais c'est la percussion et l'auscultation pratiquées dans les zones ganglionnaires de la paroi thoracique correspondant à la projection sur la paroi des ganglions profonds, bien étudiés par Baréty, Anselme Schwartz, Hovelacque, qui permettent d'observer les signes caractéristiques de l'adénopathie trachéo-bronchique. Ces zones ganglionnaires comprennent : en avant, le manubrium sternal et la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, mais, plus particulièrement, la région de l'articulation sterno-claviculaire droite; c'est surtout à ce niveau que l'on observera, en cas d'adénopathie trachéo-bronchique, une altération de la sonorité normale; en arrière, la zone ganglionnaire comprend les espaces inter-scapulo-vertébraux droit et gauche, avec leur division en étage supérieur, correspondant aux ganglions médiastinaux, et en étage inférieur, correspondant aux ganglions hilaires.

La percussion au niveau de ces zones permet de constater « une élévation de tonalité du son, avec perte de l'élasticité au

doigt » (Léon Bernard), signes perçus surtout en avant. En arrière, la percussion de la 7^e vertèbre cervicale et des trois 1^{res} vertèbres dorsales, donnerait de « la matité ou une élévation du timbre localisée à une ou deux apophyses » (Cruchet), au lieu du son de tonalité normale.

Si la percussion donne des indications surtout en avant, l'auscultation, par contre, fournit en arrière des renseignements plus nets. On auscultera les zones déjà décrites et percutees. On entendra une expiration prolongée dont le timbre soufflant peut aller jusqu'au souffle tubaire expiratoire caractéristique de l'adénopathie trachéo-bronchique, que l'on entendra surtout dans la région du hile, et l'on notera un retentissement particulier de la voie et de la toux. Dans certains cas cependant, au lieu du souffle hilaire expiratoire que nous venons de signaler, l'adénopathie trachéo-bronchique peut se traduire à l'auscultation par du silence respiratoire dû à la compression bronchique. La bronchophonie est un des meilleurs signes de l'adénopathie trachéo-bronchique; connue sous le nom de « signe de d'Espine », qui l'a décrite à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 janv. 1907), elle consiste en la transmission de la voix haute ou chuchotée le long de la colonne vertébrale. Tandis que, normalement, cette transmission ne se fait que jusqu'à la 7^e vertèbre cervicale, elle s'étend chez les sujets atteints d'adénopathie trachéo-bronchique jusqu'à la 4^e ou 5^e vertèbre dorsale; lorsque le malade parle à voix basse, on a le phénomène de la voix chuchotée. On recherchera aussi : le signe d'Oelnitz, ou transmission du bruit de percussion du sternum à l'oreille placée en arrière avec un timbre éclatant; le signe de Martin Du Magny, ou signe de la voix lointaine, qui a fait l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, le 5 janvier 1909, le signe de Smith, audition d'un murmure veineux soufflant lorsqu'on ausculte le manubrium chez un sujet dont la tête est fortement rejetée en arrière.

L'examen radiologique doit être fait et interprété avec un soin particulier; il permet de constater :

a) « Des ombres médiastinales, qui apparaissent dans l'espace clair médian lorsque le sujet est placé en position oblique antérieure ». Ces ombres traduiraient des adénopathies médiastinales.

b) « Des ombres hilaires ou périhilaires, qui s'observent, en position frontale, de chaque côté de l'ombre cardiaque », ombres d'une densité remarquable, qui traduiraient les adénopathies hilaires.

Malgré les travaux de Méry sur l'interprétation de ces ombres, les résultats de la radioscopie sont en réalité très inconstants, et, comme l'a signalé Mouriquand (*Lyon médical*, mars 1906), « de grosses adénopathies constatées à l'autopsie peuvent avoir été invisibles à l'écran, surtout si elles sont développées aux dépens du groupe ganglionnaire médian, dont les ombres se confondent avec le rachis, le sternum et le cœur ».

Il semble résulter de sa richesse séméiologique que l'adénopathie trachéo-bronchique réalise un syndrome nettement caractérisé et facile à mettre en évidence. Il n'en est rien en réalité, car, comme nous le disions plus haut, la variabilité de ces signes est très grande, et l'on ne doit pas poser le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique sur la constatation d'un signe isolé. Comby, Louis Guinon, Ribadeau-Dumas, Rist et Maingot, Robert Debré, Léon Bernard, Vitry ont fait, ces dernières années, les réserves les plus grandes sur la signification et l'interprétation des signes cliniques et radiologiques que nous venons de décrire. Léon Bernard et Vitry, en particulier, ont repris l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique. Il résulte de leurs recherches sur 400 enfants qu'ils ont soumis à des examens cliniques et radiologiques répétés et à des cuti-réactions pratiquées en séries : 1° qu'il est extrêmement rare de rencontrer les signes stéthacoustiques en un syndrome complet caractéristique; 2° une discordance fréquente entre les signes physiques et l'histoire clinique du malade; 3° aucune constance dans les relations des signes stéthacoustiques classiques et des signes radiologiques.

« En somme, conclut Léon Bernard, les cas où les symptô-

mes physiques sont concordants représentent l'exception »; et il attribue leur discordance et leur inconstance à ce que « les signes stéthacoustiques sont des signes d'emprunt, traduisant les modifications du parenchyme pulmonaire, et non directement la lésion ganglionnaire ».

Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique sera donc, en réalité, beaucoup plus malaisé à poser qu'il n'apparaît au premier abord, si l'on ne veut pas s'exposer, dans la pratique courante, à le poser à tort. Il faudra cependant s'attacher à découvrir chez l'enfant suspect les signes cliniques que nous avons décrits plus haut, et dont les caractères du murmure vésiculaire et le signe de d'Espine nous paraissent être les plus constants; il faudra pratiquer à plusieurs reprises la percussion et l'auscultation des zones suspectes, et distinguer notamment les bruits et souffles anormaux des bruits laryngo-trachéaux, dont le maximum s'entend au niveau de la 7^e vertèbre cervicale. On ne devra jamais négliger l'examen radiologique, dont les études de Bécclère, Variot, Berret, Méry, ont bien mis en évidence la valeur pour déceler l'existence d'adénopathies trachéo-bronchiques, ou montrer la situation exacte et l'étendue des lésions révélées par la clinique. Ribadeau-Dumas insiste sur l'utilité des radiographies rapides, qui donnent des images très nettes. Toutefois, si l'examen radiologique donne des résultats très utiles au diagnostic, nous devons rappeler qu'il doit être fait par un médecin fort au courant de la radiologie de ces régions, et apportant un soin minutieux à cet examen, car, comme le montrent les remarquables travaux de Chaperon, « la région radiologique hilare est semée, à l'état physiologique, de taches très foncées simulant des calcifications, et ces taches représentent des vaisseaux pulmonaires ».

Une fois le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique posé, il faudra, par l'examen répété des crachats et l'inoculation au cobaye, et surtout par l'examen des selles ou du liquide stomacal, — car les enfants ne crachent pas, mais déglutissent leurs crachats, — éliminer la tuberculose pulmonaire concomitante, car nous croyons que l'adénopathie trachéo-bron-

chique peut fort bien évoluer sans s'accompagner de lésions pulmonaires. Le diagnostic devra donc être fait notamment avec la tuberculose primitive du sommet, qui donne lieu à des signes d'auscultation différents de ceux de l'adénopathie trachéo-bronchique; dans la tuberculose initiale, en effet, c'est surtout « l'inspiration qui est modifiée, son intensité devenant moindre et son timbre plus rude, et cette altération se localise à la partie externe de la fosse sus-épineuse ». Enfin, la localisation des signes d'auscultation n'est pas la même, mais il faut se rappeler que les bruits ganglionnaires peuvent se propager vers le sommet, et que, d'autre part, les râles traduisant des lésions pulmonaires, sont « renforcés et exagérés par la présence de masses ganglionnaires voisines ». Dans certains cas, comme l'a décrit Pouillot dans sa thèse (*Diagnostic et appréciation clinique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de l'enfance*, thèse Bordeaux, 1903) les adénopathies trachéo-bronchiques peuvent réaliser un syndrome pseudo-cavitaire pouvant faire croire à des lésions tuberculeuses, parenchymateuses et ulcéreuses très développées, alors que seuls les ganglions sont atteints. Pouillot cite notamment dans sa thèse une observation de Rilliet et Barthez, qui, « après avoir constaté l'existence d'un souffle caverneux mêlé de râles humides, soit sous la clavicule, près du sternum, soit dans l'espace interscapulaire, près d'une fosse épineuse, concluaient à l'existence d'une caverne dans le point correspondant. On reconnaissait à l'autopsie que le diagnostic était erroné : pas de cavité, seulement une induration du tissu pulmonaire, ou même le tissu pulmonaire n'était pas complètement induré ». C'est surtout, d'après Pouillot, « la mobilité des signes soumis à la loi d'intermittence qui permet le diagnostic; ils ne sont pas constamment les mêmes ou ne suivent pas une progression régulièrement croissante; en sorte que, respiration obscure, expiration prolongée, respiration bronchique, respiration caverneuse, pectoriloquie, gargouillement et même râles sonores, pourront alterner ou se succéder sans régularité à des moments indéterminés ». Enfin, l'unilatéralité des signes et la

matité intense au niveau du hile, la moindre matité que dans la tuberculose des régions soi-disant indurées, la toux coqueluchoïde, les autres signes fonctionnels de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration et dans les selles, permettront le diagnostic dans les cas de ce genre.

Quant à la nature de l'adénopathie trachéo-bronchique, son diagnostic se fera grâce à la cuti-réaction, et notamment à la cuti-réaction pratiquée en séries. C'est la constatation de cette cuti-réaction négative chez un certain nombre d'enfants (64 sur 194, dans la statistique de Léon Bernard), qui permet de conclure qu'en dehors de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, la plus fréquemment rencontrée, il existe des adénopathies d'étiologie variée : coqueluche, rougeole, fièvre typhoïde, grippe, affections bronchiques, pulmonaires ou broncho-pulmonaires, hérédo-syphilis. Guimon et Lévesque (Société de pédiatrie, 17 mars 1923), admettent la réalité des adénopathies trachéo-bronchiques aiguës au cours de la rougeole, de la coqueluche, des broncho-pneumonies aiguës, et insistent sur les caractères radiologiques spéciaux correspondant aux séquelles tardives de ces maladies aiguës, qui, pour certains, seraient dues à des adénopathies trachéo-bronchiques chroniques : image radiologique juxta-médiastinale, mais siégeant toujours à la partie inférieure du thorax, le long du bord du cœur, atteignant toujours le diaphragme, ne siégeant jamais au niveau du hile lui-même ou le long de la trachée, image en général triangulaire, à sommet hilare, à base diaphragmatique. Ces auteurs pensent que ces images ne répondent pas à des adénopathies, mais à des lésions de broncho-pneumonie chronique, qui va, par degrés insensibles, jusqu'à la dilatation des bronches. Comby, Duhem, Nobécourt, Marfan, n'admettent d'ailleurs pas cette opinion, et pensent qu'on ne saurait prétendre que les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses ne sont pas visibles à l'écran.

Il ne faudra donc jamais porter chez un enfant le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse sans avoir au préalable pratiqué la

cuti-réaction, seule capable de confirmer ou d'infirmar la tuberculose, car les apparences cliniques et les symptômes sont identiques. Enfin, signalons que, même en cas de cuti-réaction positive, on n'est pas en droit de conclure de façon absolue à la nature tuberculeuse de l'adénopathie trachéo-bronchique, car, si la cuti-réaction indique une imprégnation tuberculeuse de l'organisme, elle ne permet pas de porter un diagnostic de localisation et de considérer avec certitude une lésion comme tuberculeuse.

Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer ce chapitre, que d'exposer les conclusions des travaux de Léon Bernard et Vitry, auxquels souscrivent Marfan et Nobécourt : « Rien n'est plus délicat que le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique; le caractère fallacieux des signes stéthacoustiques a été souvent dénoncé; l'interprétation des signes radiologiques n'est pas moins sujette à caution. En vérité, il ne faut affirmer la présence d'adénopathie trachéo-bronchique qu'avec une extrême réserve et devant un ensemble de signes stéthacoustiques, radiologiques et généraux dont la multiplicité, la netteté et la cohérence ne laissent pas place au doute. Quant au diagnostic étiologique, une fois celui de la présence assuré, on ne peut l'assurer que sur les résultats des réactions tuberculiniques, notamment de la cuti-réaction. »

Comment se répartissent les 25 cas d'adénopathie trachéo-bronchique que nous avons observés? 1° Au point de vue de l'âge des malades, 3 fois ils avaient entre 16 et 20 ans; les 22 autres cas relèvent de malades dont les plus jeunes avaient 5 ans, et les plus âgés 16 ans; 2° dans 23 cas, nous avons eu affaire à des adénopathies trachéo-bronchiques simples, se traduisant par les signes cliniques et radiologiques exposés plus haut; dans deux cas, nous avons observé un syndrome pseudo-cavitaire dû à une adénopathie trachéo-bronchique; 3° enfin, chez tous ces malades, la recherche du bacille de Koch dans les crachats et dans les selles fut constamment négative, sauf dans un seul cas (syndrome pseudo-cavitaire), où l'adénopathie trachéo-bronchique se compliqua ultérieurement de pleurésie

médiastine terminée par une vomique dans le pus de laquelle on put mettre en évidence le bacille de Koch.

Nous exposerons maintenant, d'abord l'observation d'une adénopathie trachéo-bronchique réalisant un syndrome pseudo-cavitaire et ensuite quelques-unes des observations d'adénopathie trachéo-bronchique simple cliniquement diagnostiquées et radioscopiquement confirmées.

OBSERVATION XXIV

(Résumée).

D... (Yvonne), 25 ans, comptable.

La malade est vue à la consultation, où elle est suivie depuis plusieurs années, le 23 avril.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, anémie à 12 ans, bronchite à 16 ans, mais bien guérie. En 1921, la malade aurait eu un abcès de l'intestin terminé au bout de cinq mois par une évacuation de pus par l'anus. Pendant trois mois, du sang serait resté mélangé aux selles. La malade a eu des contacts fréquents avec une amie qui a eu une pleurésie il y a deux ans et ayant actuellement une broncho-pneumonie.

Histoire de la maladie. — Depuis décembre 1924, la malade ne cesse guère de tousser; en février 1925, la malade, qui maigrissait un peu depuis deux mois, a présenté de l'asthénie, de la fatigue, de l'anorexie et des pertes blanches abondantes. En mai 1925, sueurs nocturnes et température vespérale atteignant 39 degrés. Cet état s'est maintenu depuis cette époque avec des alternatives d'amélioration et de rechute. Actuellement, la malade a maigri de 9 kilos depuis un an. La température oscille autour de 37 degrés, s'élevant le soir jusqu'à 37°5; l'appétit est bon, mais on note une dyspnée d'effort et une fatigue apparaissant très facilement. La toux et l'expectoration sont assez abondantes; la malade rejette des crachats verdâtres. Plusieurs examens de crachats, soit directs, soit après homogénéisation, faits jusqu'ici n'ont jamais montré de bacilles de Koch.

Examen de la malade. — 26 avril : L'inspection montre une circulation veineuse sous-cutanée assez abondante; la palpation est normale; la percussion montre une zone de submatité paraissant déborder la ligne parasternale dans la région sous-claviculaire droite. L'auscultation montre, en arrière, un souffle hilaire expiratoire du côté droit et quelques râles parenchymateux dans la zone située au-dessous du souffle. Brassage à la toux, signe de d'Espine très nettement positif, ainsi que le signe de Martin du Magny. En avant, dans la zone claviculo-sternale, on entend un léger souffle et quelques râles humides. A gauche, rien.

Radioscopie. — La radioscopie, pratiquée au début de mai, montre une chaîne hilare droite arborescente, avec des marbrures sous la clavicule droite. Quelques taches calcaires disséminées sous le hile. Une nouvelle radio, faite le 4 juin 1926, montre les sommets s'éclairant bien à la toux, un diaphragme qui joue bien, des bases bonnes, mais des ombres médiastinales occupant l'espace clair médian et des ombres hilaires et péri-hilaires importantes en position frontale. Un examen radioscopique après injection intratrachéale de lipiodol, le 19 juin 1926, ne montre rien d'anormal au point de vue pulmonaire et ne permet de retrouver aucune cavité dans le parenchyme. On perçoit le lipiodol dans l'arbre bronchique. Un nouveau lipiodol (injection de 40 cc.) est fait le 5 juillet sans donner de nouveaux renseignements. Le 17 septembre, une nouvelle radiographie montre un hile un peu chargé et un peu flou, à droite surtout; l'examen des poumons ne permet pas de relever de foyer net, les sommets s'éclairent bien, les diaphragmes jouent convenablement.

L'examen des crachats est fait à plusieurs reprises : trois examens directs, un examen après homogénéisation et un examen après enrichissement et homogénéisation ont toujours été négatifs, ainsi d'ailleurs que l'inoculation au cobaye. Durant le séjour de la malade au Sanatorium, sa température a oscillé entre 36°6 et 37°6, avec au début, dans l'espace d'un mois et demi, quatre poussées à 38 degrés. Une cuti-réaction faite en juin s'est montrée très fortement positive. La malade sort du Sanatorium au mois de septembre, très améliorée au point de vue de son état général; son poids est passé

de 55 à 66 kilos. Elle présente toujours les signes stéthoscopiques que nous avons décrits plus haut, avec pectoriloquie aphone très nette du côté droit, signes qui nous paraissent devoir être rapportés à une adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION XXV.

(Résumée).

R... (Bernard), 25 ans, employé au gaz.

Le malade se présente à la consultation le 7 mai parce que, depuis trois mois, il a maigri, tousse et présente de l'enrouement. Il ne travaille plus depuis quarante jours. Il ne présente pas de température.

Comme antécédents, on note une fièvre typhoïde à 18 ans. Le malade a quatre enfants bien portants, sa femme est bien portante.

L'examen du malade montre de la rudesse respiratoire aux deux sommets, mais sans râles. On entend un souffle hilaire bilatéral expiratoire. En arrière, le signe d'Espine, le signe de Martin du Magny sont positifs; la cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive; l'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif.

Examen radioscopique. — Un premier examen pratiqué le 7 mai montre une réaction hilaire avec des ganglions calcifiés. Un deuxième examen pratiqué en juin et suivi d'examen radiographique montre : une chaîne bronchique hilaire accentuée, avec de petites taches calcaires dans le pédicule, dont une de la grosseur d'une petite noisette dans le hile droit; une autre tache calcaire de la même grosseur est visible sur la plage droite, à quatre travers de doigt au-dessus de l'hémi-diaphragme.

OBSERVATION XXVI.

(Résumée).

Ch... (Marie), 17 ans.

La malade vient à la consultation parce qu'elle tousse et crache, surtout le matin. Dans les antécédents, on note le croup à 2 ans, la coqueluche à 3 ans, et depuis des rhumes fréquents. Opérée il y a

deux mois des amygdales et de végétations. L'appétit est bon. La malade ne présente ni température ni sueurs nocturnes.

L'examen montre un léger souffle d'adénopathie trachéo-bronchique dans la gouttière scapulo-vertébrale, en arrière de la région hilare. De plus, quelques râles de bronchite très discrets disséminés sur toute la hauteur des deux poumons. Le signe de d'Espine est très fortement positif. Une cuti-réaction à la tuberculine est nettement positive.

L'examen radiologique montre des ombres hilaires médiastinales beaucoup plus importantes que normalement.

La recherche des bacilles de Koch dans les selles est négative.

OBSERVATION XXVII.

(Résumée).

B... (Henri), 12 ans.

Le malade se présente à la consultation, le 30 juillet 1926, parce que, depuis quinze jours, il se sent très fatigué, a maigri, présente une toux sèche, coqueluchoïde. Dans ses antécédents, on note deux bronchites, l'une à 2 et l'autre à 4 ans.

L'examen montre une circulation veineuse superficielle en avant, une légère submatité au niveau de l'angle sterno-claviculaire droit. A l'auscultation, une légère obscurité dans la fosse sus-épineuse droite. Le signe de d'Espine est fortement positif. Cuti-réaction positive. Examen des crachats, direct et après homogénéisation, négatif. La radioscopie montre un foyer d'ombres à contours flous, occupant la région hilare droite. L'espace rétrocardiaque est obscurci.

CHAPITRE VI

LES FAUSSES TUBERCULOSES PAR SIGNES FONCTIONNELS ET GENERAUX

Elles comprennent, selon la définition de Rist, « les syndromes qui, sans être déterminés primitivement par des lésions des voies aériennes, ont néanmoins quelques symptômes en commun avec les maladies proprement respiratoires, ou encore sont les causes de lésions secondaires des poumons ou des plèvres ».

Cette classification en fausses tuberculoses : 1° par signes physiques; 2° par signes fonctionnels et généraux, est sans doute un peu arbitraire, car nous verrons souvent, dans cette dernière catégorie, des signes physiques s'ajouter aux signes fonctionnels et généraux pour simuler la tuberculose, de même que, dans les affections décrites jusqu'ici, nous avons souvent vu des signes fonctionnels et généraux de la tuberculose renforcer de leur présence la signification des signes physiques. Elle est néanmoins nécessaire pour l'étude des fausses tuberculoses, puisque, après nous avoir permis d'étudier sous le nom de fausses tuberculoses par signes physiques les affections à localisation pulmonaire ou broncho-pulmonaire qui peuvent simuler la tuberculose, elle nous conduit maintenant à l'étude des affections extra-pulmonaires, parfois confondues avec la tuberculose à cause de la similitude de leurs signes fonctionnels et généraux. Nous verrons que cette catégorie n'est pas moins importante que la première; elle est même plus variée. Cette diversité d'affections pouvant faire croire à la tuberculose pul-

monaire est si grande, que nous ne pouvons toutes les étudier ici. Nous n'envisagerons donc, comme pour la catégorie précédente, que celles que nous avons rencontrées chez les malades venus à la consultation du Centre antituberculeux du 1^{er} mars au 1^{er} septembre 1926.

Après avoir rapidement passé en revue les signes caractéristiques de ces affections et leurs signes distinctifs d'avec la tuberculose, nous insisterons sur les moyens de diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des fausses tuberculoses par signes fonctionnels et généraux.

Quels sont les cas de fausses tuberculoses par signes fonctionnels et généraux que nous avons observés? A quelle catégorie d'affections appartiennent-elles? Les fausses tuberculoses de ce groupe sont extrêmement nombreuses et constituent même l'un des éléments les plus importants de la clientèle des dispensaires antituberculeux; d'autre part, ces affections sont très variées et peuvent se développer aux dépens de tous les appareils ou organes, d'où la nécessité, pour le médecin phthisiologue, de ne pas être un médecin spécialiste, mais seulement spécialisé et capable d'examiner les autres appareils et les autres fonctions.

En effet, sur les 70 faux tuberculeux par signes fonctionnels ou généraux examinés, nous trouvons : *a)* 13 malades atteints d'entéro-colite ou de constipation; *b)* 8 malades (femmes) dont l'origine des troubles présentés doit être cherchée dans la sphère génitale; *c)* 11 cardiaques, sans bronchite surajoutée; *d)* 5 psychopathes; *e)* 6 névralgies; *f)* 7 anémies; *g)* 3 malades enceintes; *h)* 2 hémossalémèses; *i)* 2 maladies de Basedow; *j)* 2 convalescentes; *k)* 2 ulcères d'estomac; *l)* 1 paraplégie d'origine spécifique, 1 embarras gastrique fébrile, 1 malade atteint de ténia, 1 rhumatisme articulaire aigu, 1 dégénérescence amyloïde du rein, 1 gastro-entérite, 1 hémoptysie hypertensive et 2 hémorroïdes.

Plusieurs de ces malades présentaient, en réalité, des affections dont le diagnostic avec la tuberculose pulmonaire ne se posait même pas; aussi les considérerons-nous non comme de

faux tuberculeux, mais comme des malades égarés à une consultation de tuberculeux; les ayant signalés, nous ne nous en occuperons plus. Tels seront notamment : le malade atteint de paraplégie d'origine spécifique; les malades atteints de névralgies diverses ou de rhumatismes; les cas de *tænia*, de gastro-entérite, d'embarras gastrique fébrile, de dégénérescence amyloïde du rein que nous avons observés; sans doute, ces affections elles-mêmes présentent-elles des signes fonctionnels et généraux qu'on peut retrouver dans la tuberculose pulmonaire; il n'y a pas une suffisante similitude de symptômes pour qu'elles puissent donner le change. Quant aux autres affections constatées, nous allons rapidement les passer en revue :

1° SYNDROME DE CONSTIPATION, AVEC ENTÉRO-COLITE. — 13 malades appartenant à cette catégorie se sont présentés à la consultation du Centre antituberculeux; et si, chez certains, il fut relativement facile de découvrir l'origine des maux dont ils se plaignaient, chez d'autres, seule une observation approfondie et la négativité absolue des examens bactériologiques des crachats permirent d'attribuer à la constipation ces affections à masque tuberculeux.

Simon, dans sa thèse de Bordeaux, 1924, apporte deux observations typiques de malades atteintes de stase intestinale, et prises pour des tuberculeuses, jusqu'au jour où un examen complet et l'épreuve thérapeutique montrèrent que la constipation avait pu simuler la tuberculose pulmonaire.

Les quelques observations suivantes feront comprendre la confusion possible de ces deux affections.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée).

M... (Suzanne), domestique, 22 ans.

Entre au Sanatorium le 10 juillet 1926.

Antécédents. — Enfance malade jusqu'à 7 ans, s'enrhumait facilement. Rougeole dans la première enfance, scarlatine à 8 ans. A été opérée de végétations adénoïdes à 7 ans; depuis, la malade allait

bien. A été réglée à 15 ans 1/2, très bien réglée jusqu'au mois d'avril dernier, mais depuis la malade n'est plus réglée. Elle présente, depuis quelque temps, des pertes blanches assez abondantes.

Depuis le mois de janvier, la malade, qui est domestique, fait un travail très pénible et qui la fatigue beaucoup. Vers la fin mai, au moment de l'apparition des premières chaleurs, la malade se sent plus fatiguée, maigrit, perd l'appétit. Tous les soirs, vers 4 heures, elle présente une température qui atteint ou dépasse légèrement 38 degrés, mais ne tousse pas. Le 16 juin, elle est obligée de s'arrêter de travailler. Le médecin la trouve très anémiée et la soigne d'abord pour une dilatation d'estomac; il croit ensuite à une dothiéntérie et la fait entrer à l'Hôpital Saint-André, salle 7. — La malade est mise au régime lacté. On pratique une hémoculture et un séro-diagnostic qui sont négatifs. Au bout de trois jours, la malade, prise d'un délire très violent, est transférée salle 24. Les accès ne se renouvellent pas; elle est traitée par des piqûres d'huile camphrée et des lavements; la température étant redevenue normale, la malade est envoyée au Sanatorium en raison de son amaigrissement et de sa fatigue.

A l'examen, on ne trouve aucun signe pulmonaire, simplement une respiration soufflante, dans la zone sus-épineuse droite, avec retentissement de la toux dans cette région.

La radioscopie montre une image thoracique normale. L'examen des crachats est négatif.

En examinant la malade, on s'aperçoit qu'elle présente une constipation opiniâtre depuis très longtemps, cause probable de la température, qui monte encore souvent à 38 degrés, et des troubles généraux accusés par la malade. On institue un traitement de la constipation et la malade est renvoyée dans son foyer.

La malade est revue deux mois après, fin septembre; on note un très bon état général. Cependant l'aménorrhée persiste (pas de signes de grossesse). La température est redevenue rapidement normale, sauf une seule poussée motivée par une angine. Le poids est passé de 43 à 61 kilos; les troubles généraux ont disparu. Un nouvel examen de crachats se montre négatif.

OBSERVATION XXIX.

(Résumée).

C... (Marie-Jeanne), 25 ans.

La malade se présente à la consultation, le 21 mai 1926, parce que, depuis quelque temps, elle se trouve très fatiguée au moindre effort, a perdu l'appétit et accuse une perte de poids assez considérable, 4 à 5 kilos en six mois. Elle se plaint en même temps de toux nocturne et matinale, sans expectoration.

Antécédents. — Père mort tuberculeux il y a cinq ans; mère bien portante; deux frères en très bonne santé.

Jusqu'à 22 ans, aucune maladie; à 22 ans, pleurite gauche dont on ne retrouve pas les traces. Mariée. Le mari est bien portant; deux enfants en bonne santé. Réglée à 15 ans; pas de pertes blanches.

Examen. — L'examen pulmonaire de la malade est absolument négatif. La radioscopie montre une image thoracique normale. La température vespérale atteint 37°6 et la malade se plaint de céphalées fréquentes outre les symptômes déjà mentionnés. Son examen montre une constipation très intense, la malade passant trois et quatre jours sans aller à selle. L'examen des crachats ne peut être fait, la malade ne crachant pas; la recherche du B. K. dans les selles est négative. Il semble s'agir d'une fausse tuberculeuse constipée.

On institue le traitement de la constipation. La malade est revue deux mois après, le 16 juillet. Amélioration très nette des symptômes fonctionnels et généraux; disparition des céphalées; reprise du poids.

OBSERVATION XXX.

(Résumée).

G... (Gabrielle), 17 ans.

La malade est vue le 1^{er} mai 1926. Depuis six mois, elle se plaint d'avoir perdu l'appétit, de souffrir fréquemment de la tête et d'avoir des crampes dans tous les membres. Pas d'amaigrissement net. Actuellement, elle tousse depuis une semaine, mais ne crache pas.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux de tu-

berculose; acné depuis trois ans. La malade est restée hospitalisée un mois à l'Hôpital Bel-Air, en 1924, pour une maladie sur laquelle on n'a pu avoir aucune précision. L'examen pulmonaire, clinique et radiologique, a été absolument négatif. Mais la malade est très constipée, allant à selle très irrégulièrement, passant quelquefois plusieurs jours sans y aller. L'examen des crachats ne peut être fait, la malade ne crachant pas. Elle est revue le 9 juillet 1926. Elle a suivi le traitement de la constipation depuis deux mois; elle se trouve très améliorée. L'examen de l'appareil pulmonaire est toujours négatif.

OBSERVATION XXXI (Résumée).

N... (Alice), 21 ans.

La malade se présente à la consultation le 20 août 1926. Elle se plaint de douleurs dans le dos du côté droit, à la suite d'une pleurésie droite il y a un an. Présenterait une toux sèche sans expectoration; aurait souvent la voix voilée. Elle a beaucoup maigri, présente de l'anorexie; ni sueurs nocturnes, ni température, bien réglée.

Antécédents. — Mère morte tuberculeuse.

Examen. — Le côté droit est très légèrement obscur à la base; le murmure vésiculaire y semble un peu plus rude qu'à gauche. L'examen radioscopique montre une image thoracique normale. L'examen des crachats, direct, est négatif.

On note une constipation opiniâtre pour laquelle on institue un traitement. La malade, revue un mois et demi après, se trouve très améliorée. L'examen clinique et radioscopique du poumon est toujours négatif. La radioscopie montre un hémidiaphragme gauche relevé par une aérogastrie et une aérocolie intenses au niveau du diaphragme droit. Pas de nouvel examen de crachats, la malade ne crachant plus.

OBSERVATION XXXII (Résumée).

O... (Marie), 27 ans.

La malade vient à la consultation le 2 juillet 1926. Son mari est décédé de tuberculose contractée à la guerre. Elle ressent, depuis

quelque temps, des points de côté bilatéraux dans les espaces interscapulo-vertébraux. Elle se plaint d'être oppressée, de présenter une toux sèche, des sueurs abondantes, de l'affaiblissement, de l'anorexie et un amaigrissement augmentant constamment (1 kil. 300 le mois dernier).

Examen. — On ne trouve aucun signe net, sauf une très légère diminution du murmure aux deux sommets, une inspiration un peu rude et une expiration légèrement prolongée dans les deux espaces interscapulo-vertébraux, plus particulièrement à droite.

L'examen radiologique montre une image pulmonaire normale, avec des hiles un peu chargés. L'examen direct des crachats est négatif ainsi que l'examen après homogénéisation.

La malade est très constipée, présentant parfois, après plusieurs jours de constipation, des débâcles diarrhéiques. On institue le traitement de la constipation. La malade, revue deux mois après, se trouve améliorée et a repris son poids normal.

Il résulte de l'examen de nos 13 observations que ce syndrome, constipation et entéro-colite simulant la tuberculose, est surtout fréquent chez la femme. On sait que, d'une façon générale, la constipation se rencontre beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme; il n'est donc pas étonnant de trouver chez elle une plus grande fréquence des accidents provoqués par la constipation, qui, de plus, par la congestion secondaire du petit bassin qu'elle provoque, entretient des affections annexielles. Nous ne ferons pas ici une étude détaillée de la constipation et nous n'essaierons pas de faire entrer nos malades dans les cadres de la constipation droite, surtout douloureuse et toxique, de la constipation gauche, beaucoup plus fréquente, mais généralement mieux supportée, des dyschézies décrites par Barnes et Hurst, et plus simplement appelées par Castaigne et Moutier « constipation sigmoïdo-rectale », ou de la constipation totale, qui est l'aboutissant de toutes les autres, qui « participe, par l'ensemble de ses caractères, aux constipations gauche et droite, dont elle réunit les syndromes » (Castaigne et Moutier), celle que

l'on rencontre le plus fréquemment et qui nous paraît avoir été le plus souvent sinon toujours en cause dans nos observations, car ce n'est que chez les constipés anciens que l'intoxication secondaire à la constipation peut déterminer des troubles généraux suffisants pour faire penser à la tuberculose pulmonaire et, parfois, la simuler.

Quels sont donc les signes communs aux constipés chroniques et aux tuberculeux pulmonaires?

L'un de ceux qui nous a le plus frappé est l'aspect général de ces malades, qui, amaigris par suite de la dénutrition occasionnée par les troubles de l'appareil digestif, présentent un teint blanc ou jaunâtre dû à l'anémie. Ils se plaignent de ne pouvoir manger, de manquer totalement d'appétit; souvent, ils présentent des sueurs nocturnes, et une température subfébrile, qui, oscillant généralement de $37^{\circ} 4$ à $37^{\circ} 8$, atteindra parfois 38° sans dépasser $38^{\circ} 2$. Cette température pourra d'ailleurs, comme chez les bacillaires, être influencée par l'épreuve de Daremberg. En plus, ces malades perdent leurs forces, tendent à devenir asthéniques et ressentent souvent de l'oppression et de la dyspnée.

Ces sujets présentent donc des signes qui font partie du tableau de l'imprégnation bacillaire; aussi, pour peu qu'ils appartiennent à des familles de bacillaires, qu'ils aient tendance à s'enrhumer facilement ou qu'ils toussent un peu au moment où ils viennent consulter, l'idée de la tuberculose pulmonaire fait son chemin et son diagnostic est ancré dans l'esprit du médecin.

On est cependant étonné d'apprendre que ces malades ne sont pas toujours des touseurs, et que ceux qui toussent ne crachent pas, mais on les range alors dans les tuberculeux qui, ne sachant pas cracher, avalent les produits de leur sécrétion bronchique. D'autres fois, le malade affirme qu'il crache; mais, si on lui fait garder son expectoration, on voit qu'elle est uniquement composée de salive, à moins qu'on ait affaire à des sujets qui, en plus de leur constipation, se mouchent dans leur rhino-pharynx et crachent les sécrétions de leurs voies respiratoires supérieures.

Cependant, si l'on procède à l'examen physique de ces malades, on remarque sans doute qu'ils sont maigres, à thorax souvent étroit, à amplitude thoracique peu développée, mais ni l'inspection, ni la palpation, ni la percussion, ne font découvrir un symptôme vraiment anormal. L'auscultation est le plus habituellement négative. Parfois, cependant, on trouve quelques râles de bronchite dus simplement à une bronchite aiguë passagère; plus souvent, l'oreille décèle à un sommet, le droit en général, l'une des anomalies décrites par Gran-cher, d'ordinaire de la faiblesse du murmure vésiculaire, traduisant, non une germination bacillaire, mais, comme y ont insisté Bezançon, Sergent et Rist, une insuffisance respiratoire d'origine nasale ou une lésion bacillaire déjà ancienne, immobilisée ou cicatrisée.

C'est surtout dans ces cas que le médecin, trouvant dans les signes physiques quelque support et quelque explication aux signes généraux présentés par le malade, portera, malgré des examens radiologiques et bactériologiques négatifs, le diagnostic de tuberculose pulmonaire. C'est surtout de ces cas qu'il enrichira la classe des tuberculoses fermées ou des tuberculoses latentes, qui, si elles existent, comme nous espérons le démontrer à la fin de ce travail, ne sauraient être admises sans un contrôle très sévère et sans un examen clinique très complet, éliminant toutes les autres affections possibles.

Mais, si l'examen clinique de ces malades est complet, on est tout étonné d'apprendre, phénomène auquel ils n'attachaient aucune importance, et qu'ils avaient omis de signaler au médecin, qu'ils ne vont à la selle que très irrégulièrement, que tous les 2 ou 3 jours, parfois toutes les semaines, que ces périodes de constipation sont coupées de véritables débâcles diarrhéiques, qu'elles alternent avec des périodes d'entérite muco-membraneuse, due à l'infection colibacillaire. Cette entérite muco-membraneuse est, en effet, l'aboutissant presque fatal de la constipation, qui provoque l'irritation de la muqueuse intestinale.

Et c'est alors seulement que, mis sur la voie du diagnostic, le médecin explore l'abdomen de ces malades, qui présentent souvent de la douleur spontanée ou provoquée dans la fosse iliaque droite, douleur faisant penser à l'appendicite chronique qui, d'ailleurs, compliquera parfois la constipation, mais qui s'en distingue notamment, parce que les examens radiologiques répétés permettent, en cas d'appendicite, de localiser sur l'angle iléo-cæcal les douleurs, suivant nettement tous les déplacements de cet angle. De plus, dans l'appendicite chronique, « la paroi cæcale est moins souple que dans la stase, la fièvre est plus facile et plus élevée, mais ces signes sont sans valeur absolue » (Castaigne). Mais la palpation abdominale permet de noter, en cas de constipation spasmodique, au niveau de l'S iliaque, un tuyau spasmodique roulant sous le doigt comme du caoutchouc, une véritable corde colique décrite par Glénard, et formée par le côlon transverse. Parfois, on trouvera au niveau de l'S iliaque un gros boudin rénitent, dur, douloureux à la palpation. La radioscopie montrera un intestin agité de mouvements spasmodiques et se déplaçant, sans rapport avec les lésions anatomiques constatées. Enfin, en cas de poussée entéritique, les selles dures, en scybales, sont accompagnées fréquemment de glaires et de membranes.

Si, devant les résultats de cet examen, on établit alors un traitement rationnel de la constipation, on voit s'amender rapidement les troubles de l'état général; le malade, à mesure que ses fonctions digestives se régularisent, retrouve sa santé; son appétit revient, son anémie disparaît, son teint se recoloré, sa fièvre et ses sueurs rétrocedent, et l'épreuve thérapeutique de la constipation donne ainsi l'explication de « ces tuberculoses » où les examens cliniques, radiologiques et bactériologiques, désespérément négatifs, contrastaient singulièrement avec les signes fonctionnels et généraux de la « pseudo imprégnation bacillaire » présentée par le malade.

Bien que nous n'en ayons pas relevé dans notre statistique, nous voulons, au sujet de ces cas de constipation chronique avec entéro-colite simulant la tuberculose, attirer l'attention

sur une maladie qui nous semble avoir les plus grands rapports avec les états que nous venons de décrire : l'appendicite chronique.

C'est Faisans qui, dans la séance du 27 janvier 1911, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, attira le premier l'attention sur les cas « d'appendicite chronique simulant la tuberculose ». Ces malades, comme les sujets atteints de stase intestinale que nous venons d'étudier, présentaient le tableau général de l'imprégnation bacillaire : amaigrissement graduel, parfois considérable, asthénie, douleurs thoraciques, dyspnée, fièvre, sur laquelle insiste Faisans, car « les appendiculaires sentent leur fièvre, et il y a là un signe diagnostique qui ne manque pas d'importance, car, par opposition, la fièvre bacillaire n'est pas sentie ou ne l'est que peu », sueurs nocturnes, parfois toux, enfin, signes physiques de bronchite ou d'anomalies respiratoires au sommet droit, qui faisaient porter chez eux le diagnostic de tuberculose pulmonaire. Mais l'inefficacité et les dangers de l'alimentation carnée, l'analyse de chaque symptôme, dont certains, comme l'amaigrissement, duraient parfois depuis des années sans que la tuberculose, qui était censée en être la cause, se soit vraiment manifestée, l'étude des commémoratifs et de l'état actuel du malade, qui enseignait, d'une part, que le malade avait présenté dans son passé, « à des époques plus ou moins lointaines et variant de quelques mois à plus de vingt ans, des crises de douleurs abdominales siégeant dans le côté droit du ventre, parfois accompagnées de vomissements », et permettait de constater, d'autre part, une certaine sensibilité abdominale surtout marquée dans la fosse iliaque droite, « s'exaspérant à l'occasion de mouvements violents, de sauts, de marche prolongée, et devenant plus vive chez les femmes à l'approche des règles », enfin, la constatation de troubles importants dans le transit gastro-intestinal, et d'une douleur à la palpation, soit exclusivement limitée, soit plus marquée au point de Mac Burney, permirent à Faisans d'incriminer l'appendice chronique. L'intervention opératoire lui donna pleinement raison, et il put déclarer

que, « si les résultats de ces opérations étaient variables et, en général, d'autant meilleurs que la maladie était moins ancienne, il ne connaissait pas un seul des malades dont il eût ultérieurement des nouvelles qui ne se soit félicité, à un degré quelconque, de s'être fait opérer ».

Déjà, avant Faisans, Comby avait rapporté une observation analogue, « celle d'un Argentin qui, après avoir maigri de plusieurs kilogrammes, avait été traité comme tuberculeux en Amérique et en France ». Opéré de l'appendicite chronique par Jalaguier, ce malade avait complètement guéri.

A la suite de Faisans, Siredey, Sergent, Claisse, Thiroloix, de Massary, Poncet, Walther, ce dernier à la séance du 31 mars 1911, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sous le nom « d'appendicite à manifestations thoraciques », dont il rapportait deux cas typiques, publièrent des observations identiques et traitèrent des rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose.

Sergent, notamment, dans une première communication, le 3 février 1911, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, puis dans une conférence faite à l'Hôpital de la Charité, le 5 mars 1912, envisage les relations de la tuberculose pulmonaire et de l'appendicite chronique. Dans les travaux plus récents sur le même sujet, citons la thèse de Roger Brunon (Paris, 1923), sur *Appendicite chronique et tuberculose*, le livre de Raoul Brunon sur *La tuberculose* (Paris, 1924), et, enfin, l'article du même auteur, paru dans *Paris médical* du 8 août 1925, *Doit-on opérer l'appendicite chronique?*, et dans lequel nous lisons notamment : « Je crois avoir vu nombre d'enfants considérés comme tuberculeux ou adéno-bronchitiques guéris par l'intervention chirurgicale, et j'ai vu au moins deux cas de tuberculose pulmonaire avérée, et guérie par l'ablation de l'appendice. »

Il en est donc de l'appendicite chronique comme des états de stase intestinale, qui d'ailleurs l'accompagnent presque toujours; ces deux affections s'entourent d'un cortège de symptômes généraux identiques à ceux de la tuberculose pulmonaire, qui sera souvent confondue avec elles. Mais ici encore,

l'étude clinique approfondie et détaillée du malade, la négativité des examens physiques, radiologiques et bactériologiques, permettront d'éliminer la tuberculose et d'orienter souvent le diagnostic vers la sphère gastro-intestinale, origine de tous les maux.

Si nous avons insisté sur la confusion possible entre certains états de stase intestinale ou d'appendicite chronique et la tuberculose pulmonaire, nous ne préjugeons en rien de la coexistence possible de ces affections, que nous n'avons pas à étudier ici, mais sur laquelle ont insisté : Sergent, dans les articles cités plus haut; Siredey et Poncet, dans leurs interventions ci-dessus mentionnées, à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

2° PSEUDO-TUBERCULOSES PULMONAIRES PAR AFFECTIONS GÉNITALES CHEZ LA FEMME. — Si la constipation donne souvent des symptômes généraux pouvant simuler la tuberculose, certaines affections utéro-annexielles et notamment les métrites avec salpyngo-ovarite, entretenues d'ailleurs fréquemment par la stase intestinale, produisant de la congestion du petit bassin, peuvent aussi, par leurs signes fonctionnels et généraux, simuler la tuberculose pulmonaire.

Huit fois, dans nos observations, les troubles présentés par les malades, et attribués un certain temps à la tuberculose pulmonaire, reconnaissaient une origine génitale. Sur les 8 observations que nous avons relevées, 2 malades avaient été hystérectomisées pour annexite, les 6 autres présentaient des métro-salpingo-ovarites dont la cause semblait remonter : une fois à un avortement, et deux fois à une grossesse; dans les trois autres cas, elles étaient d'origine infectieuse gonococcique probable, l'examen des sécrétions génitales n'ayant pu être pratiqué. Nous donnons ci-dessous 4 des observations résumées : la première, d'une des malades hystérectomisées, et qui nous a paru surtout atteinte de nervosisme après castration précoce; la deuxième, de la malade ayant présenté de la salpingo-ovarite *post abortum*; la troisième, cas typique d'infection après accouchement; la quatrième, où il paraît s'agir d'annexite probablement gonococcique.

OBSERVATION XXXIII (Résumée).

Ch... (Yvonne), 34 ans.

La malade se présente à la consultation le 19 mars 1926 parce que, depuis quelque temps, elle ressent des douleurs dans les deux hémithorax. Dans ses antécédents, on trouve de la pleurite, en 1920, accompagnée de toux sèche, d'une expectoration peu abondante sans bacilles de Koch, de fatigue générale, d'amaigrissement et d'enrouement persistant. A eu trois enfants, dont l'un est mort en bas-âge. En 1920, a été hystérectomisée pour annexite double; depuis lors présente de grandes modifications du caractère et une grande nervosité.

La malade a maigri légèrement ces derniers temps; elle présente de l'anorexie, des sueurs nocturnes, elle tousse et crache un peu, elle n'a pas de température. L'examen pulmonaire, tant radioscopique que clinique, est négatif. L'examen des crachats, direct et après homogénéisation se montre négatif. Traitement reconstituant.

La malade est revue le 23 avril 1926; elle est améliorée, a repris un peu de poids, son appétit est meilleur, mais elle continue à présenter de la toux, une expectoration légère, des sueurs abondantes et se plaint de douleurs dans les deux hémithorax. Devant la négativité des examens clinique, radioscopique et bactériologique, et en présence de la nervosité de la malade, on conclut qu'il doit s'agir d'un cas de nervosisme après castration précoce.

OBSERVATION XXXIV (Résumée).

C... (Hélène), 23 ans.

Se présente à la consultation, le 21 mai, parce qu'elle se sent fatiguée, tousse et a maigri. Célibataire, elle a eu une crise d'appendicite à 7 ans; elle a été réglée à 13 ans; elle présente des règles douloureuses et quelques pertes blanches. En 1918, elle a eu la grippe, dont elle s'est bien remise, mais elle contracte assez fréquemment des bronchites.

Actuellement, bien que la malade ait perdu 6 kilos, elle présente un état général plutôt bon. L'examen pulmonaire, tant clinique que

radiologique, est négatif. L'examen des crachats ne peut-être fait, la malade ne crachant pas.

On constate, d'une part, une constipation opiniâtre; d'autre part, les dernières règles survenues avec un retard de deux mois et s'étant accompagnées de l'expulsion d'un gros caillot sanguin, ont été particulièrement douloureuses. La malade a présenté à leur suite une température qui a atteint 38 degrés pendant une dizaine de jours, s'élevant même à deux reprises à 38° 5. L'examen gynécologique montre un col de l'utérus gros, entr'ouvert, douloureux à la mobilisation. Il semble qu'il s'agisse d'une affaire génitale, probablement d'une fausse couche survenue chez une jeune fille très nerveuse, rendue très irritable par un retard de règles de deux mois s'étant accompagné du développement des seins, de varices des cuisses et ayant fait craindre à la malade une grossesse.

La malade est revue au bout d'un mois et demi; les dernières règles sont apparues normalement et ont été très abondantes, s'accompagnant même de petits caillots. L'état général est bon, la malade est plus calme et a repris du poids; un nouvel examen pulmonaire est entièrement négatif, de même que l'examen des crachats, direct et après homogénéisation, et que la cuti-réaction à la tuberculine.

OBSERVATION XXXV (Résumée).

P... (Germaine), 23 ans.

La malade se présente à la consultation le 9 juillet 1926. Elle se plaint de douleurs dans le côté gauche et d'un gros amaigrissement, 5 kilos en trois mois. Elle tousse, ne crache pas et présente une légère température vespérale, 37° 7 à 38 degrés.

Dans ses antécédents, on note deux sœurs, mortes tuberculeuses, et un frère assez chétif, atteint de bronchite et présentant de la fièvre presque tous les soirs. La malade a eu de l'adénopathie cervicale dans l'enfance. Mariée il y a trois ans; bien réglée. Grossesse il y a dix-huit mois; elle a été soignée à ce moment pour métrite à la suite de ses couches; elle a présenté des pertes fétides et de la fièvre. Actuellement, l'examen pulmonaire est absolument négatif, tant au point de vue clinique que radiologique; l'examen des crachats ne peut être fait, la malade ne crachant pas.

D'autre part, on note des pertes blanc jaunâtre très abondantes; l'examen de l'appareil génital montre un utérus douloureux, le col est gros, entr'ouvert, déchiré des deux côtés. La mobilisation du col est douloureuse.

Il semble s'agir de métrite, et la malade est dirigée sur un service de gynécologie.

OBSERVATION XXXVI (Résumée).

Ch... (Yvonne), 20 ans.

La malade se présente à la consultation le 18 juin 1926. Dans ses antécédents, on note un mal de Pott cervical à l'âge de 10 ans, pour lequel la malade est restée un an dans une minerve.

Depuis le mois de janvier 1926, la malade se plaint de tousser; elle présente une toux coqueluchoïde par quintes, s'accompagnant d'une expectoration très peu abondante, mais avec atteinte marquée de l'état général. Elle présente des sueurs nocturnes, de l'anorexie, de l'asthénie et une légère température vespérale; elle a été obligée de cesser son travail à plusieurs reprises.

L'examen de l'appareil pulmonaire, tant clinique que radiologique, est absolument négatif; la recherche du bacille de Koch dans les selles est négative.

Mais la malade présente une constipation opiniâtre, coupée de débâcles diarrhéiques. Elle se plaint d'autre part de douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont réveillées par la palpation, qui est particulièrement douloureuse aux points annexiels. Le toucher vaginal montre un col gros, irrégulier, dont la mobilisation est douloureuse. Le cul-de-sac droit est libre, mais on sent, à gauche, une résistance dure et diffuse; l'annexe gauche, palpable au toucher, paraît augmentée de volume et est douloureuse; d'autre part, la malade a des pertes jaunes abondantes et des règles particulièrement douloureuses.

Il semble s'agir d'un mauvais état général paraissant lié à un mauvais fonctionnement intestinal et à des lésions annexielles.

L'étude de nos huit observations nous montre qu'ici encore ce sont les troubles généraux qui dominent et donnent le change avec la tuberculose pulmonaire.

Chez presque toutes nos malades, en effet, nous avons noté : des douleurs thoraciques, de la toux réflexe, de l'amaigrissement, de l'anorexie, de la fièvre, des sueurs nocturnes, un mauvais état général avec dénutrition parfois très marquée.

Dans tous les cas observés, il y avait coexistence d'une constipation souvent très opiniâtre, qui concourait, sans doute, à la réalisation de cet état clinique. Pour peu que la malade tousse, pour peu qu'elle ait présenté dans ses antécédents, comme cela se trouve dans quatre de nos observations, des manifestations bacillaires, on ne songe plus qu'à la tuberculose pulmonaire, et, malgré la négativité d'examen physiques, radiologiques et bactériologiques répétés, on soumet la malade au traitement de la tuberculose, et notamment à la cure de repos. Et, sous l'influence de cette cure, aussi indispensable dans le traitement médical des affections utéro-annexielles que dans celui de la tuberculose pulmonaire, se produit bientôt une amélioration qui contribue à ancrer plus solidement l'erreur dans l'esprit du médecin, car, fort des résultats obtenus, de l'appétit qui revient, de l'augmentation de poids de la malade, de la chute de la température, il croit plus fermement que jamais à une tuberculose pulmonaire dont le diagnostic semble confirmé par l'épreuve thérapeutique.

Mais cette amélioration n'est en général pas définitive; elle fait place, au bout de quelque temps, à l'époque des règles souvent, — d'où encore confusion avec la tuberculose pulmonaire, — à une aggravation de la maladie. Et l'on apprend alors, en poussant davantage l'interrogatoire et l'examen de la malade, qu'elle présente, depuis plusieurs mois, des pertes blanches ou jaunes et des douleurs dans le bas-ventre; on apprend qu'elle a accouché ou fait un avortement quelque temps avant, et, si l'on pratique un examen gynécologique avec toucher vaginal, on trouve, au bout de l'index, l'explication des troubles attribués jusque-là à la tuberculose. On reconnaît « un col gros, entr'ouvert et irrégulier, parfois déchiré d'un ou des deux côtés, ou en étoile ». Les culs-de-sac latéraux sont douloureux à la pression, s'il y a coïncidence de salpingo-ova-

rite; par le toucher et le palper combinés, on peut souvent y sentir les annexes augmentées de volume; sensibles et douloureuses; le ballottement utérin provoqué détermine une douleur très nette dans le cas d'annexite ou de paramétrite. En cas de salpingo-ovarite, on trouvera, « sur les côtés de l'utérus, des tumeurs, ou plutôt des masses anormales séparées de lui par un sillon ». De plus, « la mobilité du col et du corps n'est franche et indolente qu'en l'absence d'annexite ». « Si l'annexite se complique de périannexite de quelque importance, l'utérus est plus ou moins immobilisé, surtout si la lésion est bilatérale. » (Bégouin.)

La constatation d'une de ces lésions nous permet donc de faire un diagnostic exact et de soumettre la malade à un traitement rationnel. En effet, les symptômes généraux qui nous avaient fait croire à de la tuberculose pulmonaire peuvent appartenir aux affections utéro-annexielles et y être même très intenses. Ces troubles, qu'on ne rapporte toujours pas à leur véritable origine, sont pourtant bien connus, et nous nous permettons d'en emprunter la description au tableau qu'en a dressé M. le professeur Bégouin, dans le *Précis de pathologie chirurgicale des neuf agrégés*, tome IV : « Les troubles généraux des métrites, écrit-il, sont loin d'être constants; mais, chez certaines malades, sont si accentués qu'ils masquent l'affection originelle. Que de malades ont été soignés pour leur estomac ou leurs nerfs, et chez qui l'utérus était cause de tout mal. Ces troubles sont surtout d'ordre digestif, nerveux et nutritif. Du côté de l'appareil digestif, on observe de la gastralgie, de la dyspepsie utérine. Du côté du système nerveux, ce sont des névralgies, des palpitations, de la toux utérine; chez les prédisposées, des troubles hystériques et de la neurasthénie. Chez certaines malades atteintes de métrite ancienne, on voit parfois se développer un état général particulier, caractérisé par de l'amaigrissement, de la dépression générale et une excitabilité nerveuse excessive. Le teint est terreux, le visage misérable, avec un cercle bistré autour des yeux : ces malades ont le facies utérin. »

Et, plus loin, après avoir insisté sur les troubles digestifs et les troubles nerveux, si fréquents et parfois si intenses chez les malades atteintes d'annexite qu'ils peuvent faire croire à une affection primitive, M. le professeur Bégouin écrit : « L'état général est souvent altéré, même dans les annexites non suppurées; les malades, dyspeptiques et nerveuses, sont amaigries et ont le teint jaune. Mais c'est surtout dans les formes suppurées que l'état général est profondément atteint : les traits sont altérés, l'amaigrissement peut être considérable, et, tous les soirs, une fièvre hectique, 38 degrés à 38°5, vient miner les malades, qui s'affaiblissent de plus en plus. »

Nous retiendrons donc que les troubles généraux qui accompagnent les affections utéro-annexielles, peuvent, si l'on ignore l'existence de ces affections, simuler, outre certaines maladies digestives ou nerveuses, la tuberculose pulmonaire. Mais, comme nous y avons déjà insisté, ce diagnostic de tuberculose ne doit être accepté qu'avec beaucoup de réserve, et seulement après un examen complet et détaillé des organes de la malade, si les examens physiques, radiologiques et bactériologiques du poumon restent négatifs. Sans doute, la tuberculose pulmonaire est une maladie assez fréquente pour que l'on y songe toujours en présence de pareils troubles fonctionnels ou généraux, mais l'esprit critique du médecin devra être suffisamment en éveil pour ne pas se laisser obséder et dominer par la notion du péril tuberculeux, qui est bien assez grave et fréquent pour que l'on ne l'incrimine qu'à bon escient.

3° PSEUDO-TUBERCULOSE PAR GROSSESSE. — Ce n'est guère qu'au début de la grossesse que l'on peut observer des signes généraux et fonctionnels capables de simuler la tuberculose pulmonaire. Mais, même chez la femme enceinte, il est parfois difficile de rapporter à leur cause exacte les troubles qu'elle présente, car la tuberculose peut coexister avec la grossesse.

Nous n'étudierons pas ici les rapports de la tuberculose et de la grossesse, qui, depuis le Congrès international gynécologique de Rome, en 1902, où ils furent évoqués au sujet « des

indications cliniques pour l'interruption de la grossesse », firent l'objet d'un nombre considérable d'études, de communications et d'articles, sans que les divers auteurs puissent se mettre absolument d'accord. Ces rapports furent discutés à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, en 1920, et à l'Académie de médecine, en 1922. Mais l'étude la plus complète et la plus récente qui ait paru à leur sujet, nous paraît être le remarquable rapport du professeur H. Forssner, de Stockholm, à la IV^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, tenue à Lausanne du 5 au 7 août 1924. Bien que Forssner conteste « le vieux dogme de l'influence néfaste de la gestation sur la tuberculose », il est à peu près universellement admis aujourd'hui, tant par les accoucheurs que par les phthisiologues, que la grossesse est sinon toujours une « complication », du moins un « élément possible de complication », un état à ne pas négliger chez les tuberculeuses et à ne pas leur conseiller. Aussi comprendra-t-on l'intérêt que peut avoir, au point de vue pronostic, l'attribution juste ou erronée, à la tuberculose pulmonaire, de certains troubles fonctionnels et généraux, tantôt imputables seulement à l'état de gestation, tantôt dus à une tuberculose concomitante.

Lorsqu'on se trouvera en présence de certaines femmes ayant maigri, faisant de la dénutrition, présentant de l'anorexie, des troubles digestifs et nerveux, de la toux, de la dyspnée, il faudra savoir ne pas accepter sans examen l'avis de ces malades, rapportant ces troubles à la grossesse, sous prétexte que les règles sont supprimées depuis deux ou trois mois. Le médecin devra, en présence de ces symptômes, vérifier d'abord si la grossesse à laquelle les attribue la malade existe réellement, car nous avons vu des tuberculeuses présenter parfois des retards ou même des arrêts considérables de règles leur faisant croire à une grossesse alors qu'elles n'étaient nullement enceintes; il est vrai qu'il s'agissait alors presque toujours de grandes fébriles. Même si la grossesse existe, le médecin devra procéder à un examen complet, physique, radiologique et bactériologique de l'appareil pulmonaire de sa malade, en pré-

sence de pareils signes fonctionnels et généraux; il ne devra pas hésiter à recourir à l'inoculation au cobaye dans les cas où subsisteraient quelques doutes sur la nature des troubles observés.

Chez les trois malades en état de gestation que nous avons observées, il s'agissait de femmes enceintes de trois à cinq mois. Deux fois, il nous fut facile, grâce à la négativité des examens, d'écarter toute idée de tuberculose pulmonaire; dans le troisième cas, dont nous donnons ci-dessous l'observation, ce n'est qu'après un examen détaillé, poursuivi durant un court séjour au Sanatorium, que nous pûmes affirmer que ce n'était pas la tuberculose, mais la grossesse seule qui paraissait devoir être rendue responsable des phénomènes pathologiques observés.

OBSERVATION XXXVII.

T... (Jeanne), 23 ans.

La malade est vue le 30 juillet parce qu'elle tousse, crache, présente de l'amaigrissement.

Antécédents. — Pas d'antécédents tuberculeux. Jamais de contact avec des tuberculeux. Mais elle a toujours été chétive, s'enrhumant facilement l'hiver, toussseuse et cracheuse. Mariée à 22 ans.

Histoire de la maladie. — La malade est enceinte depuis février 1926, date des dernières règles. Dès les premiers mois de la grossesse, elle a ressenti des douleurs abdominales vives, généralisées à tout l'abdomen et s'accompagnant de rares vomissements. Elle a présenté, en outre, une dyspnée constante à l'effort, mais sans toux et sans expectoration. Cet état s'est maintenu jusqu'au début de juillet. Depuis lors, elle tousse, expectore des crachats muqueux, présente une dyspnée provoquée par la toux, de l'affaiblissement, de l'amaigrissement, de l'anorexie, des sueurs abondantes; une température vespérale de 38 degrés, mais ni vomissements ni diarrhée. Elle a dû s'aliter, son état provoquant une tendance aux syncopes.

Entrée à la Maternité le 15 juillet; son état s'est aggravé et on note une augmentation des divers signes que nous venons de décrire. Elle présente de plus de la diarrhée et des douleurs abdominales.

Elle entre au Sanatorium le 9 août. Le 10, on note quelques filets de sang dans les crachats. Depuis, la malade présente une toux coqueluchoïde très émétiante ne lui permettant de garder aucun aliment. Elle se plaint en outre d'un point de côté en arrière, à la base gauche, depuis quatre ou cinq jours.

Examen (12 août). — La malade tousse beaucoup et crache peu. Ses crachats sont muqueux; elle présente peu de dyspnée, mais est affaiblie et amaigrie. La température est presque normale : 37° 3-37° 4 le soir; on note des sueurs nocturnes abondantes, des vomissements fréquents qui semblent dus à la grossesse. Les selles sont normales, l'anorexie est moins marquée.

Examen de l'appareil pulmonaire. — L'examen clinique est presque entièrement négatif. A un examen, cependant, on note une sonorité légèrement diminuée du côté gauche; l'auscultation montre, dans les régions sus et sous-claviculaires gauches, une respiration un peu rude sans bruits surajoutés. En arrière, la sonorité est également un peu diminuée à gauche, le sommet respire bien, mais dans les 2/3 inférieurs, et surtout à la base, on note une respiration un peu rude, forte et légèrement saccadée, sans bruits surajoutés.

La radioscopie montre une image thoracique normale. L'examen des crachats, direct et après enrichissement et homogénéisation, est négatif; une inoculation au cobaye pratiquée le 25 août est négative.

La malade est revue le 10 septembre à la consultation. On note une amélioration de l'état général; l'examen pulmonaire est négatif.

4° PSEUDO-TUBERCULOSES PAR AFFECTIONS CARDIAQUES. — Nous avons étudié, au chapitre des bronchites chroniques, celles de ces affections qui accompagnent les maladies de cœur, et nous les avons classées, avec Florand, François et Flurin, en « bronchite mitrale » et « bronchite aortique ». Mais les syndromes que nous avons décrits plus haut, n'apparaissent qu'au cours des cardiopathies déjà anciennes, tandis que les affections que nous envisageons actuellement sont des maladies à manifestations récentes, ne s'accompagnant pas de bronchite, et pouvant, par leurs symptômes fonctionnels ou généraux, simuler la tuberculose pulmonaire.

De ces affections, celle qui la simule le plus parfaitement est le rétrécissement mitral, dont il est classique de faire le diagnostic avec la tuberculose pulmonaire. Il se constate généralement chez des individus d'aspect chétif, peu développés, à thorax étroit, présentant, outre la toux, de la dyspnée et surtout des hémoptysies, qui, chez ces malades, à « aspect tuberculeux », paraissent être la signature de la tuberculose. Dans ces cas, ce sont les résultats de l'auscultation cardiaque et de l'examen radiologique du cœur, les caractères de la tension artérielle, qui, joints à la négativité de l'examen pulmonaire, à l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration et au résultat négatif de l'inoculation au cobaye, permettent d'éliminer la tuberculose pulmonaire et de conclure au rétrécissement mitral. Ce sont sur ces caractères que nous nous sommes appuyé pour diagnostiquer un rétrécissement mitral pur dans le cas suivant :

OBSERVATION XXXVIII.

P... (Marie), 25 ans, ménagère. La malade se présente à la consultation, le 20 août 1926, parce qu'elle tousse un peu, crache, présente de la dyspnée d'effort, se sent fatiguée et est aphone depuis huit jours.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires, sauf une maladie de cœur dans l'enfance, et, il y a six mois, une fluxion de poitrine. La malade vient de faire une fausse couche de deux mois.

Examen. — L'examen pulmonaire est absolument négatif, sauf une respiration un peu rude au sommet gauche. L'examen du cœur, par contre, nous permet de constater des signes nets de rétrécissement mitral. On note un frémissement cataire à la palpation; à l'auscultation, on entend les signes classiques du rétrécissement mitral : souffle présystolique et dédoublement du deuxième bruit, mais pas de roulement diastolique. On note en outre de l'arythmie.

La tension artérielle est très difficile à prendre, elle paraît très basse; la maxima semblerait être de 9 et la minima de 7. Le pouls est petit.

La malade présente une grosse dyspnée apparaissant au moindre effort, et cela depuis l'âge de 6 ans.

L'examen des crachats est absolument négatif.

L'examen radioscopique montre un type de rétrécissement mitral pur; la pointe est descendue; le cœur est pointu, en langue; l'oreillette gauche et surtout le cœur droit paraissent très dilatés. L'examen en position oblique antérieure gauche montre que l'espace clair rétrocardiaque est comblé par la dilatation de l'oreillette gauche.

La malade est revue un mois après; elle est légèrement améliorée, et notamment moins dyspnéique sous l'influence du repos et de la prise de X gouttes de digitaline deux fois trois jours par mois. Les signes cardiaques sont les mêmes; la malade ne présente pas de température. On conclut à un rétrécissement mitral pur, et on écarte toute idée de tuberculose pulmonaire.

Nous avons observé, en outre, 10 malades atteints d'affections cardiaques, dont 3 présentaient de l'insuffisance mitrale, 2 de l'insuffisance et du rétrécissement aortique d'origine spécifique, « maladie d'Hogdson », 1 de l'insuffisance aortique pure, « maladie de Corrigan », 1 un syndrome cardio-rénal, 1 de simples signes d'éréthisme cardiaque; chez 2, enfin, nous avons pu observer un anévrysme de l'aorte, développé chez des malades, anciens spécifiques, venus à la consultation du Centre antituberculeux, parce qu'ils toussaient, présentaient de la dyspnée, de l'amaigrissement et un très mauvais état général.

Nous n'insisterons pas sur tous ces cas, où l'auscultation et parfois l'examen radioscopique nous ont permis, en portant un diagnostic exact, d'éliminer la tuberculose pulmonaire, à laquelle avaient pu faire songer la dyspnée, l'anémie, l'anorexie et l'asthénie que présentaient la plupart de ces malades. Nous nous contenterons de donner l'une des observations de cette catégorie, où le terme de pseudo-tuberculose nous paraît s'appliquer un peu abusivement, car l'idée d'une tuberculose pulmonaire possible ne résistait pas à un examen clinique complet.

OBSERVATION XXXIX (Résumée).

D... (Paulette), 14 ans.

Cette malade se présente à la consultation le 9 juillet 1926 parce que, depuis deux mois, elle se sent fatiguée, s'essouffle facilement, tousse beaucoup la nuit et a maigri de 5 kilos. A l'origine de sa maladie, on retrouve des douleurs rhumatismales avec température fébrile. Actuellement, la malade présente un teint blanc jaunâtre, est très asthénisée et légèrement prostrée.

L'examen de son appareil pulmonaire ne montré rien. Par contre, l'examen du cœur montre une insuffisance aortique typique : on entend au foyer aortique, à la partie interne du deuxième espace intercostal droit, un souffle diastolique doux et aspiratif, se propageant le long des bords du sternum en bas, et dans le troisième espace intercostal gauche. On entend en outre un souffle systolique léger. La main perçoit un choc en dôme; le pouls est bondissant et dépressible; on observe de la danse des artères et du double souffle crural de Durozier. La tension artérielle est de : 12 maxima, 3 minima; indice, 5 1/2. La radiographie montre un cœur un peu hypertrophié et dont la pointe surtout paraît dilatée.

5° PSEUDO-TUBERCULOSES PAR MALADIE DE BASEDOW. — Dans un article paru dans la *Presse médicale* du 24 juillet 1916, sur le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et des affections chroniques des fosses nasales, Rist cite la maladie de Basedow, surtout les formes frustes, parmi les affections les plus capables de simuler la tuberculose pulmonaire, et il signale la fréquence de l'erreur qui consiste à considérer les basedowiens comme des tuberculeux.

Cette question des rapports de la tuberculose pulmonaire et du goitre exophtalmique, après avoir fait l'objet d'un article de Sergent (*Paris médical*, 24 juillet 1920), a été reprise par G. Wunschendorff dans sa thèse soutenue à Paris, en 1923, sur *L'étude du diagnostic entre le syndrome de Basedow et la tuberculose pulmonaire au début*. Enfin, dans un mémoire original paru dans la *Revue de la tuberculose* d'octobre 1923, sur

Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire, Sergent et Mignot étudient et mettent au point cette question et déclarent que, « s'il n'est pas rare d'observer des tuberculeux basedowiens, il est encore plus fréquent que des basedowiens soient considérés à tort comme des tuberculeux ».

C'est seulement cette dernière catégorie qui retiendra notre attention, car nous n'envisagerons pas ici les cas de basedowisme et de tuberculose associés. Nous nous occuperons seulement des cas où les signes du goître exophtalmique simulent la tuberculose pulmonaire, comme nous en avons relevé deux observations chez les malades que nous avons examinés. Ces deux observations constituent, à vrai dire, des formes frustes du goître exophtalmique; mais, comme l'indiquait déjà Rist, ce sont justement ces formes frustes dont le diagnostic avec la tuberculose pulmonaire est parfois fort délicat.

OBSERVATION XL (Résumée).

L... (Mélanie), 27 ans.

La malade se présente à la consultation le 28 mai 1926 parce que, depuis un an, elle se sent fatiguée, tousse, crache un peu, présente des sueurs nocturnes, a beaucoup maigri, et présente de temps en temps des poussées de température vespérale.

Depuis un mois, notamment, elle se sent plus fatiguée; elle perd complètement ses forces, n'a plus d'appétit et a de la diarrhée. Elle présente une toux sèche, fréquente, s'accompagnant de dyspnée.

L'examen clinique et radiologique de l'appareil pulmonaire ainsi que l'examen bactériologique des crachats se montrent absolument négatifs.

Mais, par contre, on s'aperçoit que la malade présente un certain éclat du regard qui est vif et brillant, avec peut-être un peu de saillie des globes oculaires. Si on lui fait étendre les bras, on note un tremblement, surtout marqué aux extrémités et composé d'oscillations petites et rapides. Son corps thyroïde est mou, hypertrophié; on note une tachycardie de 160. L'interrogatoire de la malade permet d'enregistrer qu'elle présente des troubles du caractère, des

bouffées de chaleur, des règles irrégulières. On porte le diagnostic de goitre exophtalmique, et la malade est dirigée sur l'Hôpital Saint-André.

OBSERVATION XLI.

T... (Yvonne), 28 ans.

La malade se présente à la consultation le 17 juillet 1926, se plaignant de tousser et de s'essouffler au moindre effort. Dans ses antécédents, on ne note rien, sauf de légers crachements de sang (?) il y a cinq ou six ans. Son mari tousse et crache; elle a une petite fille de 3 ans bien portante. L'examen pulmonaire est absolument négatif tant au point de vue clinique que radiologique. L'examen des crachats est négatif. On conseille le repos à la campagne, cure de recalcification, vin fortifiant.

La malade est revue le 17 septembre 1926. Elle a maigri de 2 kilos depuis le mois de juillet; elle est anémiée, présente des règles irrégulières, fait de temps à autre des poussées légères de température (37°8) et se plaint d'avoir un caractère irritable.

L'examen de l'appareil pulmonaire est toujours négatif, mais, par contre, on s'aperçoit que la malade est une basedowienne fruste; elle présente de la tachycardie (140 pulsations), du tremblement des extrémités, un corps thyroïde un peu augmenté de volume et une exophtalmie légère ou plutôt un regard tragique.

Dans les deux observations précitées, nous avons donc eu affaire à un goitre exophtalmique simulant la tuberculose pulmonaire.

Ces deux cas, comme cela est d'ailleurs la règle, appartaient au sexe féminin, et il s'agissait toujours de basedowisme fruste pouvant faire penser à une tuberculose au début, à signes physiques encore peu précis. Bien que nous n'en ayons pas rencontré de cas, nous devons signaler que, quand le syndrome de Basedow est complet et impose le diagnostic, la tâche du médecin se borne « à éliminer, par un examen complet du malade (physique, radiologique et bactériologique), la tuberculose qui pourrait lui être associée ». Malgré la simplicité apparente du diagnostic, des erreurs sont fréquentes

en pratique; et Sergent rapporte, dans son article du *Paris médical*, plusieurs observations de malades pris pour des tuberculeux pulmonaires et traités comme tels, bien qu'ils présentent un syndrome de Basedow complet.

Mais c'est surtout dans les « états d'hyperthyroïdie fruste ou petit basedowisme » que la confusion avec la tuberculose pulmonaire est fréquente, car alors nous observons des troubles fonctionnels et généraux communs à l'hyperthyroïdie et à la tuberculose pulmonaire. Sergent classe ces symptômes en trois catégories : a) troubles fonctionnels généraux; b) troubles de l'état général; c) troubles fonctionnels ayant un caractère de localisation.

a) *Troubles fonctionnels généraux.* — Ce sont, d'après Sergent et Mignot : 1° l'instabilité thermique, qui, « habituelle » dans la tuberculose au début, est aussi la règle chez les hyperthyroïdiens, et s'accompagne d'une épreuve de Daremberg positive comme chez les tuberculeux; 2° l'instabilité du pouls, avec périodes de tachycardie plus ou moins accentuée; 3° l'hypotension artérielle; 4° les troubles menstruels; 5° les troubles vaso-moteurs et sécrétoires; 6° l'éclat du regard.

b) *Troubles de l'état général.* — Ce sont : 1° l'amaigrissement précoce; 2° la fatigue, pouvant aller jusqu'à l'asthénie complète; 3° des phénomènes gastro-intestinaux; 4° des troubles de la pigmentation; 5° l'augmentation considérable du métabolisme basal.

c) *Troubles fonctionnels ayant un caractère de localisation.* — 1° la toux « sèche, brève, quinteuse, survenant par accès, mais très fatigante et très tenace » (Sergent), et sur la fréquence de laquelle, dans le basedowisme, Pierre Marie a insisté; 2° la dyspnée commune aux tuberculeux et aux basedowiens. « Fréquent au début de la tuberculose, cet essoufflement est presque la règle dans le petit basedowisme », s'accompagnant de tachypnée, avec indice respiratoire simple et apnée volontaire fort diminuée, comme l'ont montré Sainton et Schulmann, dans leur étude sur *La respiration des basedowiens* (*Annales de médecine*, sept. 1922).

Tels sont les signes communs à la tuberculose pulmonaire et à la maladie de Basedow. Quels sont les signes qui, propres à l'hyperthyroïdisme, permettent de différencier les deux affections?

Lorsque ses signes sont au complet, lorsque la maladie de Basedow se traduit par la présence des quatre symptômes cardinaux : goitre, tachycardie, exophtalmie et tremblement, elle est aisée à reconnaître. L'on devra donc s'attacher à rechercher et à mettre en évidence ces quatre signes, qui peuvent exister isolément; le goitre peut être discret, l'exophtalmie se réduit parfois à un certain éclat du regard, qui est brillant et tragique, et l'on doit alors rechercher les signes accessoires oculo-palpébraux; le tremblement est très fréquent, rapide, continu, régulier, à petites oscillations; il sera recherché systématiquement chez tout malade suspect, auquel on fera allonger les bras, les doigts étant écartés les uns des autres. La tachycardie, enfin, sera le symptôme le plus constant et le plus précoce, apparaissant au moins sous la forme de tachycardie d'émotion ou d'effort; le pouls, qui bat de 100 à 120 pulsations, peut dépasser alors 200 pulsations. On recherchera, enfin, les signes secondaires du basedowisme : troubles psychiques, moteurs, vaso-moteurs, sensoriels, sécrétoires et trophiques.

Mais si la constatation de ces signes permet d'affirmer la maladie de Basedow, elle n'élimine pas la tuberculose pulmonaire, qui peut coexister, et à laquelle font surtout penser l'amaigrissement, la dyspnée, le défaut d'ampliation thoracique et, plus particulièrement, l'hyperthermie, sous forme d'ascension thermique vespérale et de fébricule passagère. La constatation de l'intégrité du poumon, la négativité des examens physiques, radiologiques et bactériologiques répétés, au besoin une inoculation négative au cobaye, permettront d'affirmer que tous ces symptômes relèvent des troubles de la sécrétion thyroïdienne et d'écarter tout soupçon de tuberculose.

6° PSEUDO-TUBERCULOSES D'ORIGINE PSYCHOPATHIQUE. — Dans une communication à l'Académie de médecine (2 nov. 1920),

le docteur Maurice de Fleury a attiré l'attention sur les fausses tuberculoses de nature psychopathique et a signalé que certaines formes légères de mélancolie non délirante, avec syndrome émotif très marqué, sont parfois prises et traitées pour un début d'évolution tuberculeuse, car la mélancolie sub-anxieuse provoque souvent un état important de dénutrition. Dans son rapport au Congrès de Strasbourg, Rist a retenu la dépression mentale comme pouvant simuler la tuberculose.

Parmi les malades que nous avons examinés, 5 nous ont paru, à des titres divers, mériter d'être classés dans les pseudo-tuberculoses psychopathiques; il est vrai que nous entendons ici psychopathie dans son sens le plus large, puisque nous y faisons entrer deux cas de tuberculophobie, deux cas de neurasthénie avec anxiété et un cas de simulation de tuberculose.

Nous reproduisons ci-dessous deux de ces cinq observations : l'une de véritable tuberculophobie; l'autre de simulation tuberculeuse dans un but mal défini.

OBSERVATION XLII (Résumée).

B... (Marie), 21 ans, ménagère.

Nous voyons la malade pour la première fois le 23 avril 1926. Elle suit la consultation du Centre antituberculeux depuis plus d'un an, venant presque toutes les semaines, se plaignant d'asthénie, d'un état fébrile non vérifié par la prise de la température, de sueurs nocturnes et d'amaigrissement que ne confirme nullement d'ailleurs la courbe de poids. On ne note rien dans ses antécédents personnels, mais son mari, avec lequel elle a habité pendant deux ans, est décédé de tuberculose pulmonaire il y a quelques mois.

Le 23 avril, la malade se plaint de tousser sans cracher, d'un point de côté douloureux au niveau du mamelon gauche, d'une dyspnée apparaissant au moindre effort, d'anorexie, de sueurs nocturnes. Pourtant le poids, qui était de 46 kilos en juillet 1925, est actuellement de 57 kilos. Un examen clinique, radiologique et bactériologique de l'appareil pulmonaire est absolument négatif, comme tous ceux d'ailleurs qui avaient été précédemment faits.

La malade est revue plusieurs fois depuis, accusant, chaque fois

des symptômes fonctionnels et généraux qui ne paraissent pas devoir être rapportés à une lésion pulmonaire quelconque. Il semble s'agir ici d'une véritable tuberculophobie.

OBSERVATION XLIII.

O... (Henriette), 20 ans.

La malade est vue à la consultation le 11 juin 1926; elle y est envoyée pour tuberculose pulmonaire fébrile, et est hospitalisée au Sanatorium de Feuilas.

Dans ses antécédents, on note du rhumatisme à 14 ans, un érysipèle de la face à 15 ans, une fièvre typhoïde à 17 ans. Actuellement, la malade se plaint d'un point de côté droit, de toux et d'amaigrissement. Un premier examen montre une respiration légèrement soufflante des deux côtés; pas de signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Un second examen, un mois plus tard, montre un état pulmonaire excellent, avec conservation de l'état général. Malgré cela, la malade accuse tous les soirs une température de 39 à 40 degrés. Son appétit est pourtant conservé et on s'aperçoit que la malade mange même en cachette et ne suit pas son traitement. Surveillée de plus près, on voit que ses températures étaient fausses, et elle est congédiée du Sanatorium. Durant son séjour, son poids est passé de 60 à 62 kilos.

Dans des cas analogues à notre première observation, il s'agit de fausse tuberculose, bien plus pour le malade, qui se croit atteint de tuberculose pulmonaire, que pour le médecin, à qui la négativité de tous les symptômes permet d'écarter le diagnostic de tuberculose et d'attribuer l'amaigrissement et l'anorexie que présentent souvent ces malades à des raisons d'ordre psychopathique.

La première de nos malades nous paraît devoir entrer, en effet, dans une des catégories de phtisiophobes, décrites par Ch. Sabourin (*Paris médical*, 3 janv. 1918) dans son article sur *Phtisiophobes et phtisiomanes*. Femme de tuberculeux, restée longtemps en contact avec son mari, cette personne, se croyant

atteinte de tuberculose, se présente à la consultation du Centre antituberculeux et, malgré les affirmations répétées, ne veut pas se laisser convaincre de son bon état de santé.

Dans le même article, Sabourin étudie aussi *Les simulateurs de la phthisie*, ou imitateurs par supercherie, dans lesquels peut se ranger notre deuxième malade, qui nous paraît être une de « ces jeunes filles et jeunes femmes qui, par le besoin de tromperie bien connu, pour se rendre intéressantes, pour apitoyer parents et amis sur leur sort, ou simplement pour se moquer du monde, se créent de toutes pièces, et généralement de façon assez maladroite, une apparence d'état maladif pouvant, à la rigueur, en imposer à leur entourage, mais qui ne tient pas debout devant le premier contrôle médical ».

7° FAUSSES TUBERCULOSES PAR ANÉMIE. — Les anémies peuvent, elles aussi, par les symptômes fonctionnels et généraux qui les accompagnent, simuler la tuberculose pulmonaire, d'autant mieux que la tuberculose pulmonaire elle-même s'accompagne habituellement d'anémie globulaire symptomatique. La difficulté n'est pas de faire le diagnostic d'anémie, syndrome extrêmement banal, que confirme l'examen hématologique, mais de rechercher la cause de l'anémie.

Dans les 7 cas d'anémie que nous avons relevés, il s'agissait 3 fois d'anémie apparue après une maladie infectieuse : la fièvre typhoïde dans le premier cas, une pneumonie dans le second, une grippe grave dans le troisième. Dans le quatrième cas, l'anémie paraissait liée à du paludisme, qui est une des infections chroniques des plus déglobulisantes; le cinquième cas pouvait être rattaché à l'hérédosyphilis chez un enfant de 6 mois 1/2; enfin, les deux derniers cas, relevés chez des adolescentes de 14 ans et 15 ans, nous ont paru appartenir à ces états anémiques de la puberté si fréquents chez les jeunes filles, et s'accompagnant habituellement, comme dans nos observations d'ailleurs, de chlorose.

Dans tous ces cas, nous avons observé, outre la décoloration des téguments et des muqueuses, et une diminution du chiffre des globules rouges, de la dyspnée d'effort, une sensation

de fatigue générale et d'asthénie, de l'amaigrissement, des sueurs, des vertiges, signes qui pouvaient, à un moment, faire penser à la tuberculose pulmonaire que nous avons éliminée à la suite des examens clinique, radiologique et bactériologique du poumon, tous négatifs. Ces examens doivent être pratiqués avec beaucoup de soin, car il est évident que certains états anémiques, apparaissant après des infections aiguës ou dans les infections chroniques et les parasitoses, semblent créer une prédisposition ou, dans tous les cas, un terrain peu résistant au développement de l'infection bacillaire.

On devra donc, chez ces malades, rechercher avec beaucoup de soin la cause de l'état anémique : hémorragies, infections aiguës à rechute et chroniques, néoplasmes, intoxication exogène, néphrite, ictère, parasitose intestinale; et, même lorsque l'étiologie de leur anémie sera connue, on devra les surveiller de près et les soumettre à des examens répétés pour ne pas s'exposer à voir chez eux le développement d'une tuberculose insoupçonnée et pouvant coexister avec la cause primitive de leur anémie.

8° AUTRES AFFECTIONS POUVANT SIMULER LA TUBERCULOSE. —

Nous faisons entrer dans ce chapitre des malades assez divers, dont le seul caractère commun est d'avoir présenté des symptômes fonctionnels ou généraux qui ont pu simuler la tuberculose pulmonaire, et qui, dans tous les cas, ont conduit ces malades à la consultation du Centre antituberculeux.

Dans le groupe des affections digestives, nous notons deux cas de fausse tuberculose par ulcère de l'estomac, et un cas par gastro-entérite chez l'adulte. Dans son rapport au Ve Congrès national de la tuberculose (Strasbourg, 1923), Rist signalait que certaines maladies de l'appareil digestif (en particulier l'ulcus pyloro-duodénal et les ptoses gastro-intestinales) sont susceptibles de simuler la tuberculose.

Le premier cas d'ulcère de l'estomac que nous avons constaté, appelle cependant quelques réserves; car, s'il y avait certainement ulcère de l'estomac, il y avait peut-être aussi coexistence de tuberculose pulmonaire, bien que tous les examens bactériologiques de l'expectoration aient été négatifs.

Dans le deuxième cas, il nous a paru s'agir d'ulcère de l'estomac typique. Les signes qui, dans ces deux cas, pouvaient faire penser à la tuberculose, étaient : la dénutrition et l'amaigrissement considérable présentés par ces malades, leur très grande anémie, leur asthénie, les sueurs nocturnes et la céphalée. Il est évident que les lésions gastriques seules suffisaient à légitimer amplement ces symptômes. Voici d'ailleurs leurs deux observations résumées :

OBSERVATION XLIV.

L... (Jeanne), 23 ans.

La malade se présente à la consultation le 14 mai 1926 parce que, depuis quelque temps, elle tousse, se plaint d'avoir beaucoup maigri, d'être très fatiguée, de présenter de l'anorexie et des sueurs nocturnes. Dans ses antécédents personnels, on note une tuberculose ostéo-articulaire du cou-de-pied gauche dans l'enfance.

L'examen de la malade montre, du côté gauche en arrière, quelques râles bulleux moyens dans le tiers supérieur du poumon gauche et des frottements disséminés à la même base. En avant, on note quelques râles bulleux fins dans la région de l'aisselle. Du côté droit, on trouve une légère obscurité respiratoire à la base.

Examen radioscopique. — L'examen radioscopique du poumon montre une image thoracique normale.

L'examen des crachats, ou plutôt des sécrétions salivaires de la malade (car elle crache fort peu), est négatif, de même d'ailleurs que la recherche du bacille de Koch dans les selles.

La malade est revue le 28 mai 1926. Elle présente les mêmes symptômes pulmonaires, mais, devant la négativité des examens radioscopiques et bactériologiques, on procède à une observation plus complète. On apprend alors que la malade, qui a maigri de 9 kilos depuis un an, a été soignée il y a quatre mois pour ulcère de l'estomac avec hématomèse. Depuis huit jours, la malade présente d'ailleurs des crises douloureuses, tardives, apparaissant une à deux heures après les repas, crises douloureuses à siège maximum épigastrique s'accompagnant de vomissements alimentaires. La palpation

du creux épigastrique provoque des douleurs très violentes. La malade est renvoyée dans un service de médecine pour traitement de son ulcère de l'estomac.

OBSERVATION XLV.

L... (Yvonne), 24 ans.

La malade se présente à la consultation le 9 juillet 1926, parce que, depuis un an et demi elle maigrit, présente des sueurs nocturnes, de la céphalée, ne dort pas. Elle est actuellement très fatiguée.

L'examen de l'appareil pulmonaire, tant clinique que radiologique, est absolument négatif. L'analyse de crachats ne peut être faite, la malade ne crachant pas.

Mais, par contre, on est frappé par l'état d'anémie très marqué de la malade; on apprend qu'elle souffre de l'estomac depuis plus d'un an; qu'elle présente des douleurs très vives après avoir mangé; qu'elle présente des nausées fréquentes ne s'accompagnant que rarement de vomissements. Son creux épigastrique est extrêmement douloureux. L'examen radioscopique de l'estomac permet de localiser le point douloureux sur la petite courbure. La malade est dirigée sur un service de médecine.

Dans le troisième cas d'affection de l'appareil digestif, nous avons affaire à un cas de gastro-entérite chez l'adulte, où les phénomènes d'amaigrissement et de déchéance générale qui l'accompagnaient, coïncidant avec des signes de bronchite et d'emphysème, une température vespérale légèrement fébrile, avaient pu faire songer, un moment, à la tuberculose pulmonaire, que sont venus infirmer l'examen radioscopique de la malade, les examens bactériologiques répétés de ses crachats et l'amélioration de son état sous l'influence d'un régime approprié.

Deux fois nous avons eu affaire à des hémossalémèses, où il fut facile de découvrir dans la cavité buccale les lésions de gingivite alvéolo-dentaire cause de l'hémorragie.

Enfin, dans un dernier cas, nous avons observé chez une malade des hémoptysies, qui nous ont fait porter primitive

ment le diagnostic de tuberculose pulmonaire, qui n'a pu être confirmé bactériologiquement. S'agissait-il, dans ce cas, de tuberculose fermée? Nous ne le pensons pas, étant donnée la conservation de l'état général, l'apyrexie complète, le début lointain de la maladie. Nous pensons avoir eu plutôt affaire à un cas d'hémoptysies hypertensives décrites par Sergent (*Revue de la tuberculose*, 1920), qui apparaissent entre 40 et 50 ans, chez les malades hypertendus. C'est là pourtant un diagnostic sur lequel nous faisons les plus extrêmes réserves, et nous pensons que la malade, dont nous donnons l'observation ci-dessous, ne devra pas être perdue de vue, mais soumise périodiquement à un examen détaillé.

OBSERVATION XLVI.

O... (Berthe), 48 ans.

La malade se présente à la consultation, le 20 août 1926, parce que, depuis trois semaines, elle souffre du côté droit, tousse et crache beaucoup. Dans ses antécédents, on note simplement un enfant mort d'entérite bacillaire (?) dans le jeune âge, une fille bien portante actuellement, mais qui a eu une tumeur blanche du genou dans sa jeunesse.

La malade a beaucoup maigri depuis quelque temps; elle souffre de la tête la nuit, a des sueurs nocturnes, pas de fièvre, et présente des hémoptysies de temps en temps depuis un an, mais jamais au moment de ses règles, qui continuent à être normales malgré l'âge relativement avancé de la malade. L'examen de l'appareil pulmonaire permet d'entendre des râles bulleux dans l'aisselle droite et des frottements pleuraux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Du côté gauche, on entend quelques râles à la base en avant. L'examen radioscopique montre les poumons uniformément un peu gris; l'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif. La malade est revue le 3 septembre 1926. Elle présente des hémoptysies de plus en plus fréquentes (crachats hémoptoïques) presque journalières. Elle continue à tousser et à cracher; elle a engraisé de 2 kilos en trois semaines. Elle continue à être réglée.

L'examen de son appareil pulmonaire montre une respiration rude et granuleuse aux deux sommets, une expiration soufflante et prolongée, surtout à la base gauche, où l'on entend quelques bruits secs, probablement des frottements, peut-être quelques râles parenchymateux.

Un nouvel examen radioscopique montre deux hémithorax un peu gris, légèrement pommelés par endroits.

Un examen oto-rhino-laryngologique, pratiqué par M. le docteur Moreau, montre que rien du côté des voies aériennes supérieures ne peut expliquer ces hémoptysies presque journalières. L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif; l'inoculation au cobaye pratiquée le 5 septembre est également négative.

L'examen du cœur permet d'entendre un bruit de galop gauche; la tension artérielle prise à l'oscillomètre de Pachon est de 18-13; indice, 1 1/2. On pense qu'il s'agit d'hémoptysies hypertensives et on institue un régime et une médication hypotenseurs.

Nous en avons fini avec le groupe des fausses tuberculoses par signes fonctionnels et généraux, groupe constitué par des affections polymorphes variées et multiples, car bien d'autres maladies que celles, pourtant nombreuses, que nous avons rencontrées sont capables de simuler la tuberculose pulmonaire à un moment de leur évolution.

Si, dans quelques cas, affections génitales, stase intestinale, rétrécissement mitral, appendicite, le diagnostic est difficile, il est le plus souvent aisé de reconnaître ces affections non tuberculeuses grâce aux signes qui leur sont propres. Le diagnostic est même souvent si facile qu'il paraît abusif de les étudier toutes sous la dénomination de « pseudo-tuberculoses ».

Nous croyons que, pour beaucoup des malades observés, le terme de « malades non tuberculeux d'une consultation anti-tuberculeuse », devrait être substitué à celui de « faux tuberculeux », qui devrait désigner seulement les malades présentant avec la tuberculose pulmonaire une similitude de signes assez complète pour faire errer et souvent hésiter le diagnostic.

Certes, les signes fonctionnels et généraux ont une valeur indiscutable pour le diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire. Ce sont eux qui avertissent les premiers le malade de son état morbide, et qui sont pour le médecin d'un secours précieux, en expliquant souvent la nature des signes physiques constatés.

Cependant, dans une communication à la Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, le 12 juin 1920, Sergent, étudiant la valeur des signes fonctionnels et généraux pour le diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire, estimait que ces signes « ne peuvent avoir qu'une valeur de présomption dans le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire, et qu'ils peuvent, comme les signes physiques, être la source d'erreurs de diagnostic fréquentes, car aucun d'eux n'appartient en propre à la tuberculose, et leur groupement, en proportion variable, se rencontre dans bon nombre d'états pathologiques ».

Passant en revue les différents signes fonctionnels ou généraux, Sergent n'en trouve aucun de pathognomonique; il attache cependant une importance particulière : 1° à la toux, qui localise la maladie dans l'appareil respiratoire, bien que « la petite toux sèche, quinteuse, qui évoque dans l'esprit des profanes la suspicion fatale, puisse se trouver chez un malade présentant un syndrome de Basedow plus ou moins fruste »; 2° à l'expectoration muco-purulente, surtout lorsqu'elle est nummulaire; 3° plus particulièrement, aux hémoptysies, « élément de présomption qui doit fixer l'attention bien davantage », mais qui demande à faire sa preuve et doit être considéré comme suspect, et non comme pathognomonique, car Sergent admet l'existence des hémoptysies non tuberculeuses supplémentaires chez les femmes, au moment des règles, et des hémoptysies des hypertendus chez les hommes ayant dépassé 40 ans.

Quant à la fièvre, malgré la grande valeur de la courbe thermique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, Sergent fait remarquer qu'elle « n'implique pas nécessairement

la tuberculose pulmonaire, que la température d'exercice s'observe aussi bien chez les éréthiques nerveux et les entéritiques que chez les tuberculeux », et que l'instabilité thermique, la tachycardie, et l'hypotension se trouvent, en dehors de la tuberculose, chez les hyperthyroïdiens notamment. De même, malgré leur importance, l'anémie, l'amaigrissement, les troubles digestifs, ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose pulmonaire.

Il ressort de l'étude de la valeur des signes fonctionnels et généraux qu'ils peuvent, comme les signes physiques, prêter à l'erreur, et que la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration reste le seul signe de certitude de la tuberculose pulmonaire.

L'étude de ces signes fonctionnels et généraux ne devra cependant pas être négligée; leur constatation doit faire penser à la tuberculose, qu'il faudra rechercher par tous les moyens. Surtout s'ils coexistent avec les signes physiques de la tuberculose pulmonaire ou s'ils ne peuvent être attribués à une autre affection, ces signes fonctionnels et généraux doivent inciter le médecin à multiplier les analyses, à pratiquer des homogénéisations de crachats, à faire des inoculations au cobaye, en un mot, à s'entourer de toutes les garanties possibles pour éliminer la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE VII

TUBERCULOSE FERMÉE

Nous entendons par tuberculose fermée les états où, malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, l'étude des signes physiques, fonctionnels et généraux permet d'établir le diagnostic de tuberculose pulmonaire après élimination de toutes les affections qui peuvent la simuler. A l'absence de preuves bactériologiques supplée ici le groupement des signes physiques, fonctionnels et généraux.

La question des « tuberculoses fermées » occupe depuis de nombreuses années une place de tout premier plan dans les discussions médicales, sans qu'un accord ait pu intervenir à son sujet, et, malgré tous les travaux publiés sur cette question, un observateur impartial est encore à se demander si la « tuberculose fermée » existe réellement ou si cette dénomination sert uniquement à masquer la paresse ou l'ignorance médicale au sujet de certains états qui nous échappent et à consacrer une erreur déjà ancienne.

Entre l'opinion soutenue par Rist au V^e Congrès national français de la tuberculose (Strasbourg, 1925), qui niait presque absolument la « tuberculose fermée », et les théories de Grancher, qui considérait comme tuberculeux pulmonaire tout sujet présentant des anomalies respiratoires, existe une large marge où nous paraît devoir s'inscrire la vérité. Et si des opinions aussi contradictoires ont pu être soutenues de bonne foi sur ce sujet, nous croyons que cela est dû à ce que leurs différents auteurs ont voulu donner la démonstration clinique

de postulats anatomiques admis *a priori* au lieu de considérer simplement les faits cliniques et de se demander ensuite s'ils peuvent concorder avec les théories anatomiques.

On doit, croyons-nous, s'attacher uniquement à l'étude des faits cliniques, les observer et les enregistrer précieusement et minutieusement, et non vouloir les conditionner à des données anatomiques qui ne sont d'ailleurs pas universellement admises, car, comme le faisait remarquer M. le professeur Leuret dans la discussion qui suivit le rapport de Rist au Congrès de Strasbourg, c'est « par une affirmation de principe que les rapporteurs appuient leur thèse : la tuberculose pulmonaire se traduit par des lésions pneumoniques ou broncho-pneumoniques et non par des granulations tuberculeuses interstitielles; elle ne saurait donc dans ces cas être fermée ».

La question de savoir si la tuberculose pulmonaire se traduit toujours par des lésions pneumoniques ou broncho-pneumoniques dépasse les limites de notre travail. Signalons simplement que la tuberculose pulmonaire, comme y a notamment insisté M. le professeur Leuret dans un article sur *Introduction à l'étude de la phthisiologie* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 nov. 1921), ne paraît pas toujours débiter par des lésions de broncho-alvéolite et que les tubercules peuvent se développer aux dépens du tissu interstitiel du poumon, et par conséquent ne s'ouvrir que tardivement dans les voies respiratoires ou aboutir même à un processus de guérison avant toute ouverture.

Nous voulons uniquement, dans ce travail, exposer, comme Rist le demandait, à la lumière de quelques observations bien étudiées et suffisamment suivies, et non simplement en nous appuyant sur des impressions ou des souvenirs, les résultats des investigations qui nous ont permis, dans 25 cas, de porter le diagnostic de tuberculose fermée. Nous avons, en effet, essayé de n'apporter ici que « des faits soigneusement classés et dénombrés »; nous avons systématiquement laissé de côté toutes les observations qui nous paraissaient douteuses, bien qu'un grand nombre d'elles parussent relever d'une tuberculose, sans

doute non bactériologiquement démontrée, mais encore insuffisamment établie, pour que nous les rangions dans le groupe des tuberculoses fermées.

Après un exposé succinct du problème des tuberculoses fermées et des diverses phases qu'il a traversées, nous étudierons quelques-unes de ces 25 observations qui nous paraissent démonstratives, malgré l'absence de bacilles de Koch, de la nature tuberculeuse de l'affection.

Dès la découverte du bacille tuberculeux par Robert Koch, en mars 1882, on basa sur la recherche de ce bacille dans l'expectoration le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, et les deux lois de Balmer et Fraentzel, déclarant que : 1° « quand on trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration, il y a tuberculose pulmonaire »; 2° « quand on ne trouve pas de bacilles de Koch dans l'expectoration malgré les recherches répétées et méthodiques, il n'y a pas tuberculose pulmonaire », furent presque universellement admises. Seul, Lichtheim fit quelques réserves et cita des cas où la tuberculose évoluant « sans communication avec les bronches » ne présente pas d'expectoration bacillifère; ces réserves portant sur les tuberculoses des séreuses, les hémoptysies isolées, la tuberculose infantile, la granulie, sont encore universellement admises aujourd'hui.

Dans ses leçons publiées en 1890, dans son *Traité des maladies de l'appareil respiratoire*, Grancher, reprenant une idée qu'il avait déjà exprimée en 1884, décrit une phase initiale de la tuberculose pulmonaire, phase de germination des tubercules, apparaissant longtemps avant la phase de conglomération considérée, depuis Laënnec, comme le premier degré de la tuberculose pulmonaire. Cette phase de germination se traduirait uniquement, suivant les théories alors soutenues par Grancher, par des anomalies du murmure vésiculaire, consistant surtout en une modification de l'inspiration, tantôt faible, tantôt rude et basse, tantôt saccadée, et ne s'accompagnerait d'aucun autre symptôme physique, fonctionnel ou général, et notamment pas de présence de bacille de Koch dans l'expectoration. Toutefois, Grancher, pour porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire

à la période germinative, insistait sur le caractère de ces anomalies, qui devaient être nettes, fixes et constantes.

Les conceptions de Grancher reconnaissaient donc implicitement un large domaine aux tuberculoses pulmonaires fermées, puisque la seule constatation des signes d'auscultation décrits par Grancher équivalait, en dehors de tout autre symptôme, à la reconnaissance de la tuberculose pulmonaire. Longtemps admises, ces conceptions furent contestées par Marfan, Variot, Bard, mais surtout par Bezançon, qui, reprenant en 1907 l'étude systématique des respirations anormales, constatait « qu'elles étaient bien rarement contemporaines des débuts évolutifs de la tuberculose, qu'elles n'étaient pas des signes du début, mais des signes d'une lésion déjà ancienne qui pouvait être ou immobilisée, ou cicatrisée (Bezançon, *Les bases actuelles de la tuberculose*, 1922). Il montra, de plus, que ces respirations peuvent, en dehors de toute lésion tuberculeuse, appartenir à une insuffisance respiratoire d'origine nasale, et il insista sur le danger des diagnostics de tuberculose pulmonaire portés uniquement sur l'observation des respirations anormales. Enfin, en 1912, dans son *Traité de l'examen des crachats*, publié en collaboration avec de Jong, Bezançon déclarait que, contrairement à l'opinion de Grancher, « l'examen méthodique et répété des crachats révèle souvent la présence du bacille de Koch tout au début de la tuberculose pulmonaire manifeste, alors que les symptômes d'auscultation et les symptômes rationnels manquent de précision ou même sont absents ».

Les travaux de Bezançon constituaient donc une première et légitime attaque contre le trop vaste domaine des tuberculoses fermées, lorsqu'en 1914 la guerre révéla que beaucoup de médecins, dont les études avaient été empreintes des conceptions de Grancher, continuaient à leur rester fidèles. C'est alors que Rist et Sergent insistèrent sur la fréquence des fausses tuberculoses et, par leur mise en évidence, réduisirent considérablement ce domaine de la tuberculose fermée, que Bezançon avait déjà amputé des anomalies respiratoires. Et dès 1916, dans un article paru dans la *Presse médicale* du 13 juillet, Rist posait

les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire.

Outrepassant sans doute sa pensée dans un but de réaction salubre contre les conceptions de Grancher, qui menaçaient d'enlever aux armées un grand nombre de sujets valides et aptes à faire campagne, Rist déclarait que toute tuberculose active est ouverte dès son début, qu'une tuberculose fermée est une tuberculose guérie, et que seule la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire.

Dans l'exposé qu'il fit six ans plus tard, en juillet 1923, au Congrès de l'Association médicale britannique, à Glasgow, sur la différenciation clinique de la tuberculose pulmonaire avec les autres affections des voies respiratoires, après avoir insisté sur les nouvelles notions (cuti-réaction tuberculinique, exploration radiologique du thorax, démonstration du bacille de Koch dans les expectorations, utilité de l'examen oto-rhino-laryngologique) qui doivent être utilisées dans la différenciation de la tuberculose pulmonaire et des maladies qui la simulent, Rist, à la lueur de ces données nouvelles, mit en doute l'existence des tuberculoses fermées, dont une partie irait grossir les tuberculoses vraies bactériologiquement démontrées et dont l'autre trouverait place dans le groupe des « fausses tuberculoses ». Il déclarait notamment que « la répétition et la perfection des examens bactériologiques fait apparaître le bacille de Koch dans l'expectoration bien plus précocement qu'on ne le croyait autrefois », mais que, « par contrecoup, on est amené à douter de la validité d'un diagnostic de tuberculose » que ne corrobore pas la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Il admettait cependant, et c'est là déjà une concession à l'existence des tuberculoses fermées, « qu'il serait absurde de prétendre que le diagnostic de tuberculose n'est justifié que si l'on trouve des bacilles dans l'expectoration »; et après avoir insisté sur l'utilité d'examens de crachats multipliés et répétés, sur la nécessité de chercher si les symptômes constatés ne peuvent dépendre d'une autre maladie que

la tuberculose, il terminait ainsi son exposé : « Si cette recherche, conduite avec persévérance, ne mène à rien, alors, mais alors seulement, nous serons justifiés à admettre le diagnostic de tuberculose par exclusion pour ainsi dire et à titre d'hypothèse provisoire. »

Enfin, dans son rapport sur *Tuberculosés fermés et tuberculosés ouverts* (Ve Congrès national de la tuberculose, à Strasbourg, juin 1923), présenté en collaboration avec Ameuille, Rist semble dénier « toute place à la tuberculose active fermée dans la conception de la pathologie tuberculeuse », en dehors de la pleurésie séro-fibrineuse idiopathique et de la tuberculose miliaire aiguë généralisée. Il insiste avec raison sur l'importance de la recherche du bacille de Koch, élément capital, primordial, seul signe de certitude de la tuberculose pulmonaire, et s'appuyant sur la statistique sanatoriale du docteur Dickinson, de New-Castle, qui, ayant fait quatre autopsies de tuberculosés fermés, constata quatre fois que la tuberculose n'était pas en cause, il pense que les tuberculosés fermés qui ne font pas la preuve bactériologique de leur spécificité sont des affections non tuberculeuses prenant le masque de la tuberculose, et il élimine du cadre des tuberculosés fermés, comme pouvant être imputés à d'autres maladies, les « états bacillaires chroniques » décrits par Burmand (*Tuberculose latente. Les états bacillaires chroniques, Revue de la Tuberculose, 1921*), et la *Fébricule tuberculeuse bénigne, interminable, à manifestations pleurétiques*, étudiée par Mantoux (*Presse médicale, 18 nov. 1922*).

Opposant sa statistique personnelle à celle de certains sanatoriums ou dispensaires, où les tuberculosés non bacillifères occupent une place considérable, puisque, dans un cas cité par lui, sur 307 tuberculeux diagnostiqués, 43 seulement ont présenté des bacilles de Koch dans leur expectoration, Rist constate que, sur 1.000 malades examinés au dispensaire Léon Bourgeois, suivant les méthodes qu'il préconise, 994 ont pu être classés de façon catégorique soit comme tuberculeux, soit comme non tuberculeux, et 6 seulement appartiennent au

groupe des « douteux », sans que pour cela on puisse leur attribuer l'étiquette de « tuberculose fermée ».

Il semblait donc résulter des travaux de Rist que le diagnostic de « tuberculose fermée » est le plus souvent sinon toujours erroné, et que les malades classés dans cette catégorie doivent, après une observation suffisamment prolongée et des examens bactériologiques répétés, trouver place soit dans le groupe des affections tuberculeuses à bacilloscopie positive, soit dans celui des affections non tuberculeuses.

Les théories de Rist, qui révolutionnaient les conceptions jusqu'alors admises sur la tuberculose, reçurent cependant de nombreuses adhésions. Dans un article paru dans la *Presse médicale* du 6 septembre 1917, *La tuberculose pulmonaire évolutive fermée existe-t-elle?*, Charles Richet fils concluait : 1° que la tuberculose pulmonaire en activité est ouverte dès le début; 2° que l'expectoration des tuberculeux au début est toujours bacillifère; 3° que les tuberculeux sont contagieux dès le début de leur affection.

De même, dans un travail paru dans la *Presse médicale* du 16 novembre 1917, Léon Kindberg et Delherm paraissent accepter entièrement les théories de Rist et de Richet et ne considèrent comme appartenant à la tuberculose que les tuberculeux en état d'évolution actuelle et présentant dans leur expectoration des bacilles de Koch, « caractéristique indispensable et suffisante d'une infection bacillaire active ».

Une réaction ne devait pas tarder à se produire contre l'absolutisme des théories de Rist. En effet, si tous les phthisiologues étaient d'accord avec lui pour reconnaître que le groupe des « tuberculoses fermées » se trouvait singulièrement amoindri au profit des tuberculoses bacillifères et des fausses tuberculoses par la mise en œuvre des procédés d'investigation cliniques, radiologiques et bactériologiques qu'il préconisait, le plus grand nombre n'adhéraient pas entièrement à ses conceptions et conservaient une marge plus ou moins grande aux tuberculoses fermées.

Dans un article paru le 6 juin 1918 dans la *Presse médicale*,

Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire, Dumarest protestait contre une suppression aussi radicale des « tuberculoses fermées » et prétendait que, puisque dans les tuberculoses ouvertes il y a des foyers fermés, on ne peut « se refuser à admettre qu'il puisse n'y avoir dans certains cas, au moins à certaines périodes de l'évolution, que des foyers fermés ». Il ajoutait « qu'aucun moyen d'exploration considéré isolément n'est capable de conférer à lui seul la certitude, même pas le contrôle bactériologique, qu'on ne peut exiger toujours, mais que, par contre, dans chaque cas, l'étude du contexte et le rapprochement des symptômes d'ordres divers permettent d'arriver à une conclusion rationnelle ».

Mantoux, dans un article sur *La tuberculose pulmonaire ouverte et la tuberculose fermée* (*Presse médicale*, 30 nov. 1918), s'élevait à son tour contre l'opinion de Rist, exigeant, pour qu'un malade soit considéré comme tuberculeux, qu'il crache des bacilles de Koch et estimant que, s'il n'en crache pas, il s'agit d'une cicatrice pulmonaire ou d'une lésion non tuberculeuse des voies respiratoires. Il citait 59 observations de tuberculose fermée, dont 19 comprenaient des hémoptysies vraies d'origine pulmonaire et dont 40 concernaient des malades à localisations tuberculeuses extrapulmonaires. Il considérait que, dans ces deux modalités, la preuve de la nature tuberculeuse de la localisation pulmonaire s'administrerait d'elle-même, ce que Rist conteste d'ailleurs dans son rapport de Strasbourg, et il prouvait, contrairement à ce qui est généralement admis et soutenu, notamment par Burnand, que, dans 15 p. 100 des cas, les tuberculoses fermées font voir à la radioscopie des champs pulmonaires normaux, coexistants avec des signes physiques indiscutables de lésions pulmonaires et des symptômes fonctionnels et généraux qui ne permettent pas de douter d'une tuberculose évolutive. Mantoux considérait trois catégories principales de tuberculoses fermées : a) les anciennes tuberculoses ouvertes, guéries ou en voie de guérison; b) les tuberculoses au début, qui, ulcérant leurs lésions, deviennent plus tard des tuberculoses ouvertes; c) les tuberculoses conti-

nuant à évoluer et à donner des signes incontestables d'activité pendant des mois et des années, tout en restant fermées. Il s'agit alors non d'un stade passager, mais d'un processus durable d'observation courante.

Dans la *Revue de la tuberculose* (février 1921), Burnand étudie, dans un article sur *La tuberculose latente et les états bacillaires chroniques*, les éléments essentiels et constants de ces états, qui sont : 1° la température subfébrile durant des mois et des années; 2° l'état valétudinaire chronique; 3° les antécédents bacillaires ou la présomption de tuberculose; 4° la latence prolongée ou indéfinie de la ou des lésions que l'on soupçonne.

Ces états appartiendraient à la tuberculose, bien que ne s'accompagnant pas d'expectoration bacillifère. « Il faut cependant, écrit Burnand, éliminer, avant de porter ce diagnostic, l'éventualité de tous les états chroniques qui restent occultes ou latents, ne se manifestent eux aussi aux cliniciens que par un état fébrile continu ou des irrégularités thermiques et des altérations de l'état général. »

Dans son rapport au Congrès de Strasbourg, Rist fait d'ailleurs les plus grandes réserves sur la nature bacillaire de ces états et il trouve que l'étude de leurs signes ne légitime nullement le diagnostic de tuberculose.

Dès 1922, Bezançon protestait lui aussi contre l'absolutisme des théories de Rist et écrivait : « Rist, outrant sa pensée pour les besoins de la guerre, considère que toute tuberculose active est ouverte dès son début et que seule la constatation des bacilles autorise à porter un diagnostic certain de tuberculose. »

Sergent, enfin, qui cependant avait mené avec Rist la croisade pour la reconnaissance des fausses tuberculoses et l'importance des examens bactériologiques pour le diagnostic de la tuberculose, semble moins catégorique que Rist, et, parlant des cas où le bacille de Koch n'a pu être trouvé dans l'expectoration, il écrit : « Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ne peut et ne doit être que l'interprétation de l'ensemble des constatations fournies par les divers moyens et procédés d'exploration de l'appareil respiratoire. » (*Les étapes du diagnostic*

pratique de la tuberculose pulmonaire, *Monde médical*, nov. 1917.) Dans un autre article, paru en décembre 1918 dans le *Journal médical français*, sur *La difficulté d'apprécier si une tuberculose pulmonaire chronique est en évolution active ou non*, Sergent écrit encore : « Je crois que Rist, en s'élevant, avec raison d'ailleurs, contre l'abus de la dénomination « tuberculose fermée »; a dépassé sa pensée lorsqu'il a dit que toute tuberculose pulmonaire évolutive confirmée, s'accompagnait d'une expectoration bacillifère, opinion que soutint et exagéra encore son élève Ch. Richet fils dans un article très suggestif. » Et il considère dans tous les cas que les symptômes de toxoinfection bacillaire traduisent bien mieux que la présence de bacilles de Koch dans les crachats le caractère évolutif d'une lésion tuberculeuse.

Mais c'est surtout dans la discussion qui suivit, au V^e Congrès national de la tuberculose à Strasbourg, le rapport de Rist et Ameuille que les phthisiologues les plus notoires donnèrent leur avis sur la question des tuberculoses fermées. Et si tous furent unanimes à reconnaître, d'une part, l'utilité des méthodes d'examen préconisées par Rist pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, d'autre part, l'abus que l'on fit jusqu'à ces dernières années de l'appellation de « tuberculose fermée » pour désigner des états pathologiques insuffisamment étudiés, aucun ne souscrivit entièrement aux conclusions de Rist, tendant à nier la tuberculose fermée.

Sergent lui-même reconnaît que nier la tuberculose fermée est impossible, qu'il ne peut aller aussi loin que Rist et poser l'équation : pas de bacilles de Koch = pas de tuberculose. Et il déclare notamment que certaines hémoptysies liées à de petites congestions paraphymiques des anciens auteurs et ne faisant pas leurs preuves par ailleurs « sont la conséquence de congestions qui se font autour d'un foyer tuberculeux latent non évolutif, incomplètement éteint », et que, dans ce cas, « les signes indirects de localisation » décrits par lui peuvent, en s'ajoutant à des signes stéthoscopiques très discrets, permettre le diagnostic, et il conclut « que le diagnostic de tuber-

culose fermée ne doit pas être admis sans preuves, et que ces preuves nous ne pouvons les demander qu'à une mise en observation suffisamment prolongée, au cours de laquelle seront épuisés tous les moyens d'investigation, tous les procédés de contrôle ».

Après ces premières concessions de Sergent aux « tuberculoses fermées », Bezançon déclare « qu'il considère comme dangereux de laisser croire qu'il est indispensable de déceler les bacilles tuberculeux pour porter un diagnostic de tuberculose ». Il reconnaît qu'il existe, en dehors de l'alvéolite tuberculeuse, une tuberculose de la trame conjonctive vasculaire qui ne s'accompagne pas le plus souvent d'élimination de bacilles, et il insiste sur « le faisceau de preuves » qui, en l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, a, au point de vue pratique, une valeur suffisante pour qu'on puisse porter un diagnostic clinique de tuberculose.

Kuss, lui aussi, d'accord avec Rist sur l'importance de la recherche du bacille de Koch pour le diagnostic de la tuberculose et sur sa fréquence dans les tuberculoses pulmonaires au début, refuse d'admettre sa proposition essentielle : « La tuberculose pulmonaire fermée n'existe pas; elle n'a pas de place dans la nosographie; un tel diagnostic ne peut être porté que par exclusion. » Il considère, au contraire, que « la tuberculose fermée joue un rôle important dans la symptomatologie et la marche de la maladie ».

Léon Bernard préférerait l'appellation de tuberculose à bacilloscopie négative à celle de tuberculose fermée. Il insiste sur l'utilité de l'inoculation au cobaye dans les cas de diagnostic difficile, mais, bien que leur champ soit considérablement réduit, il admet qu'il peut exister des tuberculoses sans bacilles dans les crachats.

Burnand et Jacquerot reconnaissent que la classe des « tuberculoses fermées » se trouve singulièrement diminuée, mais que la bacilloscopie ne peut se substituer entièrement à la clinique pour porter le diagnostic de tuberculose, car plusieurs formes cliniques de tuberculose thoracique en évolution peu-

vent ne pas s'accompagner de la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Leuret fait remarquer que les rapporteurs sont fatalement conduits à nier la « tuberculose fermée », car, « s'ils admettent que la tuberculose pulmonaire de l'adulte se traduit par des lésions pneumoniques ou broncho-pneumoniques, et non par des granulations tuberculeuses interstitielles, il ne peut exister de tuberculose fermée, et tous les diagnostics de tuberculose fermée seront *a priori* inexacts ». Or, cette théorie est erronée dans un certain nombre de cas : pleurésie, cortico-pleurite, granulies aiguës ou discrètes, tuberculoses alternativement ouvertes et fermées. Il montre qu'il faut être au moins aussi prudent pour nier la tuberculose que pour l'affirmer, et il cite à l'appui de sa thèse, 17 cas de tuberculose dont le diagnostic ne put être fait, malgré les divers procédés d'investigation mis en œuvre, et dont 11, après deux ans, étaient devenus des tuberculoses ouvertes. Et il considère que si l'examen radiologique des sujets suspects et l'analyse bactériologique de leurs crachats doivent se généraliser, ils doivent toujours être étayés par une solide observation du malade et un examen clinique complet, car ils ne peuvent à eux seuls constituer la clef du diagnostic de la tuberculose.

S'appuyant sur une statistique portant sur 1.485 malades, Labesse estime que plus on pousse la critique et plus on développe les moyens d'investigation, plus on voit s'abaisser le taux résiduel des tuberculoses dites fermées.

Bard, comme Leuret, critique les rapporteurs d'avoir placé au premier plan la question théorique et doctrinale du mode des développements de la tuberculose et d'être ainsi convaincus *a priori* que la tuberculose ne peut être qu'ouverte d'emblée par définition, du fait même de sa localisation alvéolaire.

Enfin, de Schröter (Vienne) croit que, pour affirmer ou nier la tuberculose, on ne doit pas baser son diagnostic sur la présence ou l'absence d'un seul symptôme, mais sur la coïncidence donnée, l'entité, la totalité de tous les signes cliniques, radiologiques, aussi bien que bactério-sérologiques.

Depuis le Congrès de Strasbourg, bien des travaux ont paru sur cette question des « tuberculoses fermées », qui semble encore loin d'être résolue.

Sergent et Pruvost, dans le *Journal de médecine et de chirurgie* du 10 novembre 1923, lui consacrent un long article : *Les tuberculoses pulmonaires fermées*. Ils considèrent que, si, d'après les théories anatomiques qu'ils admettent sur le mode de développement de la tuberculose, la tuberculose fermée ne peut pas exister, cette conception purement doctrinale est démentie par les faits cliniques, car il n'est pas douteux qu'il existe des cas de tuberculose pulmonaire où l'expectoration bacillifère fait défaut. Et malgré tous leurs efforts pour essayer de rapprocher leurs conceptions anatomiques de leurs observations cliniques, ils sont obligés de convenir que « le diagnostic de tuberculose évolutive ne saurait être basé uniquement sur les résultats fournis par les examens de laboratoire, si importante que soit la place qui leur revient; il doit se baser aussi sur les résultats de l'examen clinique, qui constituent des éléments de présomption dont la valeur est incontestable ». « On sera en droit, écrivent-ils encore, de conclure à l'existence de lésions bacillaires actives si on apporte suffisamment d'autres preuves, si on arrive à réunir un faisceau de symptômes positifs en faveur de la tuberculose et de résultats négatifs eu égard aux différentes affections qui peuvent simuler la tuberculose. » Et ils exposent ensuite deux observations de la forme de tuberculose qu'ils considèrent comme « fermée », et où, malgré l'absence constante de bacilles de Koch dans l'expectoration et dans les selles, ils croient légitime d'incriminer la tuberculose. Ils concluent que « on n'a pas le droit de nier la tuberculose fermée » malgré sa rareté relative, mais que ce diagnostic, qui ne doit être « porté qu'avec sursis » à titre de présomption et de probabilité, est un diagnostic d'attente susceptible d'être frappé d'appel.

Enfin, dans un article publié en collaboration avec Turpin dans *Paris médical* du 25 juillet 1923, *Ce qu'il faut entendre par tuberculose pulmonaire fermée. La tuberculose active non*

évolutive, Sergent constate de nouveau le désaccord entre les conceptions théoriques et les données cliniques au sujet des tuberculoses pulmonaires sans expectoration bacillifère. Il admet la possibilité de la tuberculose fermée, mais seulement comme diagnostic d'attente; il déclare qu'il « apparaît incontestable que le contrôle de la plupart des cas de tuberculose dite fermée, à l'aide de méthodes d'investigation clinique et bactériologique rigoureuses, en réduirait singulièrement le pourcentage au bénéfice des fausses tuberculoses ou des tuberculoses à bacilloscopie positive », et il propose qu'à la dénomination de tuberculose fermée se substitue celle de « tuberculose active non évolutive ». Mais, contrairement à ce qu'en pense Sergent, cette explication ne nous semble nullement concilier les théories anatomiques et les faits cliniques, car, si elle s'applique à certains cas de tuberculose à élimination intermittente de bacilles de Koch qui correspondent à ce que Sergent appelle ailleurs des « tuberculoses stagnantes non évolutives », elle n'explique nullement les nombreux cas de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse chronique extensive ou localisée, qui, quoique non bacillifères, nous paraissent quand même évolutifs.

Léon Bernard, dans un article paru dans *Paris médical* du 3 janvier 1925, sur *La tuberculose pulmonaire et l'expectoration bacillifère*, insiste sur l'utilité de circonscrire le problème autour de l'étude des faits cliniques et de se garder des postulats anatomiques. Et afin d'écarter de cette discussion tout argument anatomique, il propose de substituer les termes de tuberculose avec bacilles dans les crachats ou sans bacilles dans les crachats à ceux de tuberculose ouverte ou de tuberculose fermée. Et il range les cas de tuberculose à expectoration non bacillifère en cinq catégories, à savoir :

a) *Les tuberculoses ulcéro-caséuses*, avec élimination intermittente de bacilles de Koch dans les crachats. Lorsque les examens de crachats sont pratiqués en période de non-élimination de bacilles, alors que l'examen clinique et radiologique du malade atteste la tuberculose, on porte le diagnostic de

tuberculose sans élimination de bacilles de Koch jusqu'au jour où un nouvel examen de crachat décelant des bacilles permette de modifier le diagnostic.

b) *Les tuberculoses pulmonaires ulcéro-caséuses chroniques*, où l'examen des crachats reste toujours négatif. Ces cas que Léon Bernard considère comme très rares, mais dont l'existence ne saurait être niée, et où tous les autres symptômes permettent d'affirmer la tuberculose, parfois même de constater des lésions cavitaires, appartiendraient peut-être, d'après lui, à la catégorie précédente, ce que permettrait de déceler la minutieuse observation des malades pendant un très long temps.

c) *Les cas où le médecin discernerait une évolution initiale de tuberculose évolutive* avant qu'elle n'ait donné lieu à l'apparition de bacilles dans les crachats. Mais ce sont là des faits très rares, et les bacilles ne tardent pas à apparaître dans l'expectoration.

d) *Les tuberculoses où le bacille constaté à un certain moment a ensuite disparu*; ce sont des tuberculoses guéries ou en voie de guérison.

e) « *Les formes non évolutives de tuberculose du poumon*, à localisation séméiotique apexienne, lésions stables ne progressant pas, mais se traduisant par des anomalies du murmure vésiculaire et ne s'accompagnant pas ordinairement d'élimination de bacilles dans les crachats. » Ces faits entrent dans la catégories des anomalies respiratoires étudiées par Gran-cher; ils sont considérés par Léon Bernard comme « caractéristiques d'une forme tout à fait particulière de la maladie : la sclérose pulmonaire non évolutive ». Il insiste sur la nécessité de la coexistence des signes radiologiques et des anomalies respiratoires. Dans un article de la *Presse médicale* du 11 juillet 1925, Léon Bernard, de Potter et Marcel Thomas en ont d'ailleurs fait une étude clinique et radiologique très complète sous le titre de *Sommets tuberculeux et sclérose pulmonaire non évolutive*. Chez certains malades, ce syndrome radio-stéthacoustique ne coexiste avec aucun signe d'activité lésionnelle; il se trouve isolé sans signes fonctionnels ou généraux

concomitants; il s'agit alors, d'après Léon Bernard, de « scléroses pulmonaires inactives », auxquelles appartiennent les formes latentes ou « atténuées » de la tuberculose de Bezançon et les formes abortives de Bard. Mais ces états n'entrent pas, à notre avis, dans la classe des « tuberculoses fermées »; ce sont des signes de tuberculose immobilisée, latente ou cicatricielle que traduisent ici les anomalies respiratoires.

Chez d'autres malades, au contraire, les signes fonctionnels et généraux de tuberculose coexistent avec des anomalies respiratoires, sans que la lésion soit évolutive, les signes physiques demeurant invariables malgré la fièvre qui apparaît sous la moindre influence, l'amaigrissement, les troubles digestifs, l'asthénie, la toux, l'expectoration, parfois des hémoptysies, des sueurs, des douleurs thoraciques. Ces cas, appelés par Léon Bernard « sclérose pulmonaire tuberculeuse active », nous paraissent, à l'opposé des précédents, entrer dans le cadre des « tuberculoses fermées ».

Seuls, à notre avis, les malades de la deuxième et de la troisième catégories, et la deuxième partie des malades de la cinquième catégorie, doivent entrer dans le cadre des « tuberculoses fermées ». Nous n'étudierons en effet sous cette dénomination, ni les tuberculeux à élimination intermittente de bacilles, ni les tuberculeux guéris ne présentant plus de bacilles dans leur expectoration, ni les « scléroses pulmonaires inactives ». Quant aux malades de la troisième catégorie, où l'apparition des bacilles dans les crachats est postérieure à la constatation des signes de tuberculose par le médecin, nous croyons, que, tant qu'on ne trouve pas de bacille de Koch, ils appartiennent à la classe des « tuberculoses fermées ». C'est même ces malades qui nous fournissent la meilleure preuve de la « tuberculose fermée », puisque leurs lésions, d'abord fermées, sont susceptibles de s'ouvrir. Or, comment admettre que ces malades ne crachent pas des bacilles de Koch dès le début de leur maladie s'il est vrai que les lésions de broncho-alvéolite soient à l'origine de toute tuberculose pulmonaire. On pourrait sans doute objecter que les produits pathologiques qui

occupent les cavités alvéolaires sont d'une densité telle qu'ils y restent maintenus et qu'ils ne peuvent être évacués par les bronches, mais nous sommes d'accord avec Rist pour admettre que les poumons tuberculeux d'adultes ne présentent que rarement des lésions caséeuses et nous ne croyons pas plus que lui que ce processus pathogénique puisse être invoqué pour expliquer la « tuberculose fermée ».

Léon Bernard insiste sur la nécessité de confirmer par des homogénéisations, par la recherche du bacille de Koch dans les selles, et surtout par l'inoculation au cobaye, la négativité des examens bactériologiques de l'expectoration, et sur l'utilité de soumettre ces malades à un examen clinique complet et détaillé qui permettra parfois de découvrir ailleurs la cause des phénomènes pathologiques. Il admet cependant qu'il reste un certain nombre de cas où, pour affirmer la nature tuberculeuse d'une affection pulmonaire, on doit se passer du seul critérium vraiment probant qu'est la présence de bacilles dans l'expectoration. Et il conclut en reconnaissant que « l'antonomie entre la vérité doctrinale et la pratique des faits nous invite, d'une part, à fonder le diagnostic de tuberculose pulmonaire sur un ensemble de constatations et non pas seulement sur celle des bacilles dans les crachats, et, d'autre part, à rechercher les bacilles avec le plus grand soin, étant donnée leur signification décisive, ainsi qu'à n'incriminer la tuberculose en leur absence qu'après l'analyse minutieuse de tous les autres arguments qui l'attestent, et l'exclusion raisonnée de tous les phénomènes qui la simulent ». C'est là, croyons-nous, une formule susceptible de rallier tous les phtisiologues, qu'ils nient, comme Rist, la tuberculose fermée ou qu'ils lui attribuent, comme la plupart des autres, une place plus ou moins grande. Mais c'est sur l'interprétation des phénomènes constatés que ne régnera plus cette unanimité.

Dans sa thèse, soutenue à Bordeaux en 1924, sur *Tubercules ouvertes et fermées*, Simon apporte plusieurs observations de malades atteints de « tuberculose fermée » ayant ultérieurement fait la preuve bactériologique de la nature tubercu-

leuse de leurs lésions pulmonaires qui, d'abord fermées, s'étaient secondairement ouvertes.

Dans un travail intitulé *Nouvelles recherches sur l'élimination du bacille tuberculeux par la bile chez l'homme; Contribution au problème des tuberculoses pulmonaires fermées* (*Revue de la tuberculose*, avril 1924), Libert indique l'utilité de rechercher les bacilles de Koch dans le suc duodénal si l'examen bactériologique de l'expectoration reste négatif. Il prétend que, chaque fois que la radiographie avait démontré l'existence de lésions pulmonaires, il a pu finalement mettre en évidence une expectoration bacillifère. Elève de Rist, il va même plus loin que son maître et conclut : « La tuberculose pulmonaire évolutive est ouverte ou elle n'est pas. » Quant à l'origine des bacilles de Koch constatés dans la bile, il admet qu'elle est double et qu'elle peut provenir, soit de la déglutition de l'expectoration, soit de l'élimination biliaire, comme l'ont montré les travaux de Ribadeau-Dumas et Harvier, de Calmette et Guérin, et comme l'admettent Aubertin (Thèse Bordeaux, 1920), Harold Freed et Louisa-T. Black (*American Review of tuberculosis*, mai 1923). Carnot, trouvant dans un cas de tuberculose fermée le bacille de Koch dans le suc duodénal, propose de donner à ces cas le nom de « tuberculose de sortie », et, dans une communication faite avec Libert le 8 juillet 1921 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, il montre qu'il est possible de mettre en évidence chez l'homme le bacille tuberculeux dans le liquide duodénal retiré par tubage. On comprend tout l'intérêt que peut avoir pour le diagnostic de tuberculose fermée l'élimination du bacille de Koch par la bile et la constatation de sa présence dans le liquide duodénal. Mais, en dehors de l'observation de Carnot, on n'a pas pu, dans les cas de tuberculose fermée, mettre en évidence le bacille de Koch dans ce liquide.

Il ressort de l'exposé de ces travaux que si la plupart des auteurs, contrairement à l'avis de Rist, admettent l'existence de la « tuberculose fermée », ils diffèrent sur les limites exactes qu'il faut assigner à cette catégorie de tuberculoses. Très vaste

pour les uns, la marge des « tuberculoses fermées » tend à se rétrécir considérablement pour les autres. Mais, comme y insiste Leuret, le problème de la tuberculose fermée ne saurait être conditionné par les théories anatomiques; c'est un problème d'observation clinique. Aussi les phthisiologues qui admettent que la broncho-alvéolite est toujours la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire sont bien obligés de reconnaître le désaccord qui règne entre leurs théories anatomiques et les faits cliniques. Et malgré les explications qu'ils cherchent à ce désaccord, malgré toutes les tentatives de conciliation que les esprits les plus subtils ont essayé d'établir entre la théorie anatomique et la clinique, ils ne peuvent empêcher ce désaccord de subsister, et ils sont obligés, pour satisfaire leurs esprits, d'admettre, comme Sergent, reprenant une citation d'Anatole France, que « les théories ne sont créées et mises au monde que pour souffrir des faits qu'on y met, être disloquées dans tous leurs membres, enfler et finalement crever comme des ballons ».

Etude clinique de quelques cas de tuberculose fermée.

Laissant de côté les théories anatomiques, nous ne nous sommes attaché qu'à l'observation de faits cliniques, pensant qu'ils ne doivent nullement être conditionnés par la question théorique, mais qu'ils renferment en eux assez de puissance démonstrative pour permettre de conclure à l'existence ou à la non-existence de la « tuberculose fermée ».

Or, il résulte que sur les 416 malades non cracheurs de bacilles que nous avons observés, 23 nous ont paru, malgré l'absence de bacilles de Koch dans leur expectoration, mériter d'être classés, au moins à un certain moment de leur maladie, dans le cadre des « tuberculoses fermées ». Ils le méritaient d'ailleurs à des titres différents, puisque, tandis que chez les uns nous avons vu leur tuberculose indiscutablement fermée s'ouvrir secondairement, chez les autres la tuberculose nous a paru continuer à évoluer sous la forme fermée. Nous n'avons d'ail-

leurs accepté ce diagnostic, d'une part, qu'après des examens répétés de crachats contrôlés par l'homogénéisation et le plus souvent par l'inoculation au cobaye, et, dans les cas où les malades ne crachaient pas, par l'épreuve de l'expectoration provoquée par l'iodure de potassium ou par la recherche du bacille de Koch dans les selles, et, d'autre part, qu'après avoir éliminé les autres maladies pulmonaires ou non pulmonaires qui, par leurs signes physiques, fonctionnels ou généraux, peuvent simuler la tuberculose pulmonaire.

Les 23 cas de tuberculose fermée que nous avons rencontrés nous ont montré que ce terme englobe des états différents, que l'on peut répartir en six classes; nous ne ferons d'ailleurs que signaler les deux premières pour les raisons que nous avons données plus haut au sujet de la classification de Léon Bernard, car ces deux classes, admises par tous les phthisiologues, qu'il s'agisse soit d'anciennes tuberculoses ouvertes actuellement refermées, soit de tuberculoses à expectoration bacillifère intermittente, comprennent des états qui ne peuvent prêter au doute, puisque la signature bactériologique de la nature spécifique de l'affection est acquise. Nous étudierons plus longuement les quatre classes suivantes et nous essaierons de montrer à la lumière des faits cliniques que les observations que nous y rangeons méritent bien le terme de « tuberculose fermée ».

Quelle est donc la classification de « tuberculoses fermées » à laquelle nous avons été amené?

1° LES ANCIENNES TUBERCULOSES OUVERTES ACTUELLEMENT FERMÉES. — La disparition des bacilles dans les crachats est dans ce cas due à un processus de sclérose au niveau des anciennes lésions guéries ou en voie de guérison. Ce sont là des tuberculoses fermées secondaires, unanimement admises par les phthisiologues, et dont nous ne nous occuperons pas ici.

2° LES TUBERCULOSES PULMONAIRES A EXPECTORATION BACILLIFÈRE INTERMITTENTE. — Comme leur nom l'indique, ces tuberculoses donneront des examens de crachats tantôt positifs, tantôt négatifs. Ces intermittences de la négativité ou de la posi-

tivité de l'examen bactériologique peuvent s'étendre sur une période plus ou moins longue. Nous en avons observé plusieurs cas, mais nous n'y insisterons pas ici, car, dès que l'on a constaté une période où, sous l'influence d'une poussée évolutive, — et la menstruation est très souvent à l'origine d'une de ces poussées, — l'examen bactériologique des crachats se montre positif, le doute n'est plus permis sur la nature tuberculeuse de l'affection.

3° LES TUBERCULOSES QUI, D'ABORD FERMÉES, S'OUVRENT ULTÉRIEUREMENT. — Ce sont les cas où la période non bacillifère dépasse largement « la période initiale sans bruits adventices ». Après plusieurs examens de crachats négatifs, on voit, à la suite d'une poussée évolutive, d'une légère hémoptysie, d'une période menstruelle, apparaître des bacilles de Koch dans l'expectoration. Ces cas ne sont sans doute pas très fréquents; Léon Bernard estime même qu'il est très rare que « le médecin puisse discerner une évolution initiale de tuberculose évolutive avant qu'elle ait donné lieu à l'apparition de bacilles de Koch dans les crachats » (Léon Bernard, *Tuberculose pulmonaire et expectoration bacillifère*, Paris médical, 3 janv. 1925). Et ailleurs, le même auteur écrit : « Dans la tuberculose évolutive commune, la phase initiale est très brève, trop brève pour qu'on la joigne, et rapidement paraissent les bruits adventices et l'expectoration bacillaire. Le plus souvent, la lésion qui se traduit par les anomalies du murmure vésiculaire, même si elle est active, n'est pas évolutive. » Si c'est là, en effet, le tableau clinique habituel réalisé par la tuberculose pulmonaire, on ne saurait nier l'existence de tuberculoses, où la période non bacillifère dépasse la période initiale sans bruits adventices et où les signes généraux et fonctionnels permettent d'affirmer le caractère évolutif de l'affection. Nous avons pu observer 9 cas où la coexistence de signes physiques, radiologiques, fonctionnels et généraux nous permet de conclure à la tuberculose pulmonaire, bien que les examens répétés de crachats, l'homogénéisation, l'inoculation elle-même, restent négatifs pendant plusieurs semaines, souvent même pendant plu-

sieurs mois. Or, dans ces 9 cas, l'examen direct montra après une poussée la présence de bacilles de Koch.

Sans doute ces observations peuvent paraître se rapprocher des faits que nous avons rangés dans la catégorie précédente des tuberculoses pulmonaires à expectoration intermittente. Sans doute Rist leur objecterait-il que, loin de démontrer l'existence de la tuberculose fermée, elles ne font que confirmer ses assertions, puisqu'il a insisté sur l'utilité de multiplier et de renouveler les examens bactériologiques et qu'il a lui-même proclamé qu'un résultat négatif ne signifie rien. Si donc nous sommes d'accord avec lui sur cette constatation que certains tuberculeux présentent longtemps une expectoration négative, nos avis diffèrent sur l'interprétation de ces faits. Tandis que Rist croit trouver dans l'observation de ces états, dont l'examen bactériologique ne montre que tardivement la nature tuberculeuse, la preuve que la tuberculose fermée n'existe pas, nous croyons y trouver simplement la démonstration qu'elle a cessé d'exister, et que, par conséquent, elle a existé. Et cette interprétation, qui ne préjuge d'aucun processus anatomique, nous paraît tout à fait conforme aux faits cliniques.

Loin de nous, certes, l'idée de prétendre que tout tuberculeux qui présente un examen de crachats négatif fait une tuberculose fermée. Nous partageons sur ce point l'opinion de Sergent, qui écrit : « Un résultat négatif n'a jamais qu'une valeur relative. Ne pas trouver de bacilles ne signifie pas qu'il n'y en a pas », et nous n'avons pas fait entrer dans les tuberculoses fermées les observations où, après un ou deux examens directs négatifs, un nouvel examen décelait des bacilles. Mais nous croyons que, lorsque pendant plusieurs mois on a soumis un malade aux moyens d'investigations clinique, radiologique et bactériologique préconisés par Rist dans son rapport au Congrès de Strasbourg et par Sergent dans *Les enseignements cliniques tirés de la guerre par la phtisiologie* (*Revue de la tuberculose*, 1920, n° 2), on a le droit, malgré la négativité des recherches bactériologiques, d'affirmer la

tuberculose révélée par les examens cliniques et radiologiques et de parler de « tuberculose fermée », sans que cette dénomination préjuge en rien de l'apparition ultérieure possible du bacille de Koch dans les crachats de ces malades.

Parmi les 9 cas observés, nous en rapportons ci-dessous 3 qui nous paraissent pleinement confirmer les faits que nous venons d'exposer.

OBSERVATION XLVII.

L... (Georgette), 30 ans.

Se présente à la consultation, le 28 mai 1926, parce qu'elle tousse, crache et présente de l'altération de l'état général. Elle entre au Sanatorium le 4 juin.

Dans ses antécédents, on note que son mari est décédé de tuberculose laryngée et pulmonaire en novembre 1925. Depuis cette époque, elle présente une atteinte assez forte de laryngite et a ressenti des douleurs dans le côté gauche. Elle tousse un peu depuis lors et crache à certains moments. Un examen de crachats fait en novembre 1925 a été négatif. Cependant la malade continue à tousser, à cracher et à maigrir. Son appétit est conservé et elle ne fait pas de température jusqu'en janvier 1926, où elle présente un point de côté gauche accompagné de deux hémoptysies légères avec une température vespérale s'élevant au-dessus de 38 degrés. A cette même époque, elle transpire beaucoup la nuit, maigrit notablement et perd l'appétit. Cet état dure environ trois mois. En avril, on note une grosse amélioration sous l'influence du repos et une reprise de l'état général.

Examen de la malade. — Aspect général moyen, facies bon, pas de pâleur. Amaigrissement. L'appétit est actuellement bon, et on note quelques troubles digestifs légers et un peu de constipation. La malade fait un peu de température vespérale, notamment au moment des règles, où la température rectale atteint 38 degrés.

Examen pulmonaire. — L'examen pulmonaire montre, du côté gauche, de la submatité en avant, avec des râles parenchymateux moyens au-dessus de la clavicule gauche et des râles plus fins au-

dessous, jusqu'à la limite de la moitié inférieure du poumon gauche. En arrière, submatité du sommet gauche. On entend quelques râles sous-crépitaux fins apparaissant plus nets après la toux, avec ébauche de pectoriloquie aphone dans la fosse sus-épineuse. Du côté droit, on n'entend rien en avant; en arrière, à la base, dans les lignes axillaires moyenne et postérieure, on trouve une zone où l'on perçoit quelques râles sous-crépitaux fins après la toux.

L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif.

La radiographie montre une obscurité du sommet gauche, avec grisaille diffuse de tout le poumon gauche.

L'examen oto-rhino-laryngologique de la malade, pratiqué à cause de son enrouement, montre un peu de rougeur de la corde vocale gauche, avec infiltration aryténoïdienne.

La température vespérale oscille de 37° 6 à 37° 8 et atteint 38 degrés au moment des règles.

Du côté des autres appareils, rien à signaler, sauf quelques palpitations du côté du cœur, de la digestion pénible et un peu de constipation.

En présence des signes cliniques et radioscopiques, et malgré l'examen plusieurs fois négatif des crachats, soit direct, soit après homogénéisation, on porte le diagnostic de congestion tuberculeuse légère du sommet gauche.

Le 3 septembre, à la suite de ses règles, la malade fait une poussée évolutive au cours de laquelle les signes d'auscultation s'accroissent. Le sommet gauche paraît plus voilé qu'à l'examen antérieur; on paraît se trouver en présence d'une lobite supérieure gauche. Malgré cela, l'examen de crachats direct est négatif. Mais un nouvel examen pratiqué quelques jours après montre la présence de bacilles de Koch, et le diagnostic de tuberculose pulmonaire du sommet gauche, confirmé d'ailleurs par une inoculation au cobaye qui avait été faite peu de jours avant que les crachats se soient montrés positifs, conduisent à pratiquer chez cette malade un pneumothorax artificiel.

OBSERVATION XLVIII.

B... (Yvonne), 25 ans.

La malade entre au Sanatorium le 14 mai 1926 parce que, depuis six mois, elle ne cesse guère de tousser. La malade a eu des contacts fréquents avec une amie ayant eu une pleurésie il y a un an et ayant actuellement une broncho-pneumonie. Elle a eu la rougeole dans l'enfance. Sa mère est morte il y a quatorze ans de congestion pulmonaire; le père est mort il y a deux ans d'une maladie de foie.

Depuis décembre 1925, la malade n'a guère cessé de tousser et de maigrir. En février 1926, elle a présenté de l'anorexie, de l'asthénie et des sueurs nocturnes abondantes. Elle aurait maigri au total de 9 kilos en six mois, et la température, au début de mai, aurait atteint 39 degrés pendant quatre ou cinq jours.

Examen. — La malade est amaigrie; elle se fatigue très facilement, présente de la dyspnée d'effort, mais elle a actuellement bon appétit. Elle tousse; elle présente une expectoration verdâtre de crachats muco-purulents.

L'examen pulmonaire, pratiqué le 17 mai 1926, montre une zone mate à la percussion dans la région sous-claviculaire droite. L'auscultation montre, du côté droit, dans la zone claviculo-sternale, un souffle à timbre tubo-cavitaire et quelques râles parenchymateux de calibre moyen. Brassage à la toux. En arrière, les signes sont moins nets; on trouve un peu d'obscurité au sommet et l'on entend un souffle hilaire. L'examen radioscopique pratiqué à cette date montre une chaîne hilare droite, arborescente, avec marbrures, sous la clavicule droite.

L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, pratiqué le 17 mai, est négatif.

Nouvel examen le 10 juin. On trouve les mêmes signes au niveau de l'appareil pulmonaire, soit par l'examen clinique, soit par l'examen radiologique.

Un nouvel examen de crachats, direct puis après homogénéisation et enrichissement, est négatif.

Un lipiodol, pratiqué le 19 juin, montre du lipiodol dans tout l'arbre bronchique et il pourrait bien y en avoir une petite traînée se juxtaposant à l'ombre vertébrale en son bord droit, dans la région claviculaire.

La température de la malade oscille de 36 degrés à 37° 6, avec quatre poussées à 38 degrés.

Malgré la négativité des examens, on porte le diagnostic de tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Sous l'influence du traitement, la malade s'améliore, mais elle continue à présenter de loin en loin de petites poussées évolutives discrètes au niveau de sa lésion, et, le 16 novembre, un examen de crachats après enrichissement et homogénéisation permet de confirmer le diagnostic de tuberculose par la présence de bacilles de Koch.

OBSERVATION XLIX.

B... (Julienne), 42 ans.

La malade se présente à la consultation le 25 juin 1926 parce que, depuis deux mois, elle souffre beaucoup du côté gauche à la suite d'un refroidissement, se sent fatiguée et a beaucoup maigri. Sur la demande de son médecin, elle est admise au Sanatorium de Feuillas.

Dans ses antécédents, on note la rougeole dans l'enfance, une bronchite à 20 ans, et depuis une tendance à s'enrhumer facilement. Réglée à 14 ans, la malade a été hystérectomisée à 27 ans pour annexite bilatérale. En 1918, elle a eu la grippe; elle a eu un ictère il y a un an. Non mariée, la malade a eu trois grossesses dont une fausse couche. Les deux autres enfants sont décédés à 15 et 18 mois de gastro-entérite. La malade a vécu treize ans auprès du père de ses enfants qui, gazé pendant la guerre, toussait, crachait, et est mort il y a deux ans des suites de son affection. Elle a été l'an dernier en contact avec un malade tuberculeux qu'elle soignait.

Actuellement, la malade souffre surtout d'une grande fatigue générale avec asthénie, gros amaigrissement (10 kilos en un an) et présente quelques sueurs nocturnes. Elle tousse et crache un peu.

Examen (28 juin). — Etat général médiocre, teint un peu pâle. Du côté de l'appareil pulmonaire, on note des vibrations conservées à droite, mais presque entièrement abolies à gauche, en avant. La percussion montre une sonorité normale à droite et de la submatité à gauche, surtout marquée au niveau de la région sous-claviculaire. L'auscultation montre une respiration soufflante au niveau des deux sommets, mais qui est, de plus, rude et granuleuse au niveau du sommet gauche, où l'on ne perçoit cependant pas bien nettement des râles, même après la toux. En arrière, les vibrations thoraciques sont mal perçues dans les deux hémithorax, et l'on note une légère submatité des deux sommets, plus accentuée à gauche. L'auscultation permet d'entendre le murmure vésiculaire aux deux sommets. Il y a cependant un peu d'obscurité au sommet gauche, où l'on entend quelques petits râles très fins après la toux. En bas, au niveau de la ligne axillaire gauche postérieure, quelques frottements, sans doute reliquats d'une pleurite ancienne. Au sommet gauche, un peu de pectoriloquie aphone.

On ne note rien du côté des autres appareils, sauf de la constipation habituelle et des digestions pénibles, malgré un assez bon appétit. La température vespérale de la malade oscille entre 37°8 et 38 degrés. Les examens de crachats faits en séries, directs et après enrichissement et homogénéisation, sont négatifs, de même qu'une inoculation au cobaye.

La radioscopie montre un aspect gris bilatéral, mais le sommet gauche en particulier est plus gris que le reste du parenchyme pulmonaire, au-dessus et surtout au-dessous de la clavicule, et il s'éclaire mal à la toux.

L'examen oto-rhino-laryngologique montre des cordes vocales blanches et bien mobiles.

En résumé, malgré le résultat négatif de l'examen bactériologique, on porte le diagnostic de congestion tuberculeuse du lobe supérieur gauche, avec réaction pleurale à la base.

Un nouvel examen pratiqué le 25 août montre, au point de vue clinique, des signes qui n'ont guère varié. Au point de vue radiologique, le côté gauche paraît gris dans l'ensemble, notamment au sommet, sans toutefois présenter des lésions agglomérées. La tem-

pérature vespérale atteint toujours de 37° 8 à 38 degrés. Les examens bactériologiques des crachats sont toujours négatifs.

Mais le 15 septembre, un nouvel examen de crachats direct est positif, et la présence de bacilles de Koch confirme notre diagnostic.

4° LES TUBERCULOSES FERMÉES QUI, AVANT D'ABOUTIR A UN STADE OUVERT, SEMBLANT ÉVOLUER VERS LA GUÉRISON. — En effet, si l'on admet d'une part la possibilité de tuberculoses ouvertes pouvant se fermer par guérison, et dont l'expectoration ne présente plus de bacilles de Koch (catégorie 1 de notre classification); si l'on admet, d'autre part, l'existence de tuberculoses fermées ne s'ouvrant que tardivement (catégorie 3 de notre classification), on est bien forcé d'admettre que certaines tuberculoses, fermées à leur début, sont susceptibles de guérison avant d'être arrivées au stade de tuberculose ouverte.

On ne saurait nier, en effet, que le processus de sclérose, susceptible de guérir les tuberculoses à expectoration bacillifère positive, ne puisse guérir les tuberculoses dont l'expectoration ne renferme pas de bacilles de Koch. Rist lui-même reconnaît que certains tuberculeux guéris ne présentent plus de bacilles de Koch dans leur expectoration; il reconnaît, d'autre part, que, chez d'autres tuberculeux, l'examen bactériologique des crachats ne révèle que tardivement la présence de bacilles de Koch. Comment ne pas admettre alors que si les malades de ce deuxième groupe guérissent avant d'avoir présenté des bacilles de Koch dans les crachats, ils appartiennent cliniquement à la catégorie des tuberculoses fermées. Or, priver ces malades des moyens de traitement qui doivent s'appliquer à la cure de la tuberculose pulmonaire en refusant de les reconnaître tuberculeux et de les traiter comme tels avant d'avoir trouvé des bacilles de Koch dans leurs crachats, n'est-ce pas précisément donner à leur tuberculose, jusque-là fermée, les plus grandes chances de s'ouvrir et de fournir ultérieurement une expectoration à bacilloscopie positive.

Nous avons ainsi observé 7 cas, où nous avons porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire malgré l'absence de bacilles

de Koch dans l'expectoration, et où nous croyons que le traitement sanatorial et les soins dont ont été entourés ces malades ont peut-être empêché ces tuberculoses d'aboutir à une forme ouverte et de se confirmer par un examen de crachats positif.

Nous donnons ci-dessous les observations de ces 7 cas.

OBSERVATION L.

G... (Marie), 24 ans, cultivatrice.

La malade se présente à la consultation le 26 mars 1926. Elle y est suivie depuis le 7 août 1925, date à laquelle elle y a été envoyée par son médecin parce qu'elle crache et tousse depuis deux ans. Elle a eu, il y a un an, une pleurésie qui n'a pas été ponctionnée. Le 25 juillet 1925, elle a présenté une hémoptysie légère.

Examinée le 7 août, on trouve une rétraction et une immobilité de l'hémithorax droit; du côté gauche, on entend de nombreux râles humides, des frottements de haut en bas et, au-dessous de ces signes, quelques craquements humides. Du côté droit, quelques sibilances et frottements à la base. On conclut à une pleurite avec bronchite bilatérale, à prédominance gauche, avec infiltration bacillaire du sommet gauche.

Le 21 août 1925, la malade est revue. Elle présente toujours des râles de bronchite et des frottements des deux côtés, avec quelques craquements humides du côté gauche. L'image radioscopique est presque normale. Elle montre cependant un développement ganglionnaire important au niveau du hile et une obscurité du sommet gauche. L'examen direct des crachats et l'examen après enrichissement et homogénéisation est négatif.

Le 10 décembre 1925, la malade, qui a suivi la cure de repos et d'aération avec traitement recalcifiant, se trouve mieux, tousse et crache moins. Elle a engraisé de 3 kilos, mais elle a cependant présenté il y a quelques jours, au moment de l'époque de ses règles qui sont apparues avec un léger retard, une hémoptysie légère.

L'auscultation montre toujours quelques craquements discrets au niveau de son sommet gauche; on entend en arrière, des deux côtés, des frottements et des râles fins superficiels.

Le 26 mars 1926, la malade est revue. Elle est très améliorée et ne présente plus qu'une légère submatité avec obscurité respiratoire du sommet gauche et quelques frottements pleuraux à sa base gauche.

Le 28 mai 1926, l'amélioration persiste; la malade a encore engraisé. La respiration est encore un peu rude et obscure au sommet gauche; on entend quelques frottements à la base gauche.

Plusieurs examens de crachats pratiqués à différentes reprises, ont toujours été négatifs.

OBSERVATION LI (Résumée).

L... (André), 19 ans.

Le malade est envoyé à la consultation par son médecin le 28 mai 1926 parce qu'il, depuis 6 mois, il maigrit et se sent fatigué. Depuis deux mois, il a présenté à deux reprises différentes des crachats hémoptoïques pendant quatre jours; de plus, il tousse et expectore presque journellement des crachats légèrement striés de sang. Le malade se plaint en outre d'une douleur au sommet droit et de sueurs nocturnes.

Il entre au Sanatorium, où son examen pulmonaire permet de constater des râles parenchymateux de calibre moyen au sommet droit après la toux. Son médecin avait auparavant observé quelques frottements à ce même sommet.

L'examen radioscopique montre une légère obscurité du sommet droit, qui s'éclaire mal à la toux. On pratique plusieurs examens bactériologiques, soit directs, soit après homogénéisation, mais ils sont tous négatifs. La température du malade oscille entre 37°6 et 37°9 tous les soirs. Le malade quitte le Sanatorium au bout de quinze jours.

Il est revu deux mois après, le 29 juillet 1926, à la consultation. On trouve, du côté droit, un sommet submat avec des vibrations augmentées. L'auscultation fait entendre, en avant sous la clavicule, un mélange de frottements et de râles. En arrière, dans la fosse sus-épineuse et dans l'aisselle, on entend une respiration obscure et rude, avec quelques râles à la toux. La température du malade atteint souvent 37°7 ou 37°8 le soir. L'état général du malade est

satisfaisant; il a engraisé; son expectoration ne présente toujours pas de bacilles de Koch. On porte malgré cela le diagnostic de cortico-pleurite tuberculeuse du sommet droit.

OBSERVATION LII (Résumée).

B... (Marguerite), 32 ans

La malade se présente à la consultation le 23 juillet 1926, envoyée par son médecin pour une hémoptysie qu'elle a eue il y a deux mois. Depuis, la malade tousse, surtout le matin; elle présente des sueurs nocturnes, crache beaucoup et a eu encore deux hémoptysies il y a quinze et dix jours. Sa température est subfébrile, atteignant 37°7 le soir.

Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, on ne note qu'une broncho-pneumonie dans l'enfance.

L'examen pulmonaire montre de la matité au sommet droit en arrière, avec augmentation des vibrations vocales. L'auscultation montre une respiration soufflante en avant des deux côtés; en arrière, la respiration est soufflante aux deux sommets et s'accompagne de râles fins au sommet droit après la toux.

L'examen radioscopique montre des plages pulmonaires grises, mais homogènes; pas d'image de lésions ganglionnaires.

L'examen des crachats, après examen direct et après homogénéisation, est négatif.

La malade est revue le 6 août 1926; elle n'a toujours pas d'appétit, présente des sueurs nocturnes, fait un peu de température le soir (37°8-37°9) et a eu une légère hémoptysie la veille.

L'examen pulmonaire montre une respiration rude au sommet droit, avec quelques râles discrets après la toux. L'examen des crachats est toujours négatif. Une inoculation au cobaye est négative.

OBSERVATION LIII (Résumée).

C... (Marie), 30 ans.

La malade se présente à la consultation le 11 juin 1926 envoyée par son médecin pour être admise au Sanatorium. Dans ses antécédents, on ne note absolument rien.

Histoire de la maladie. — En février dernier, la malade s'est enrhumée, a toussé et s'est mise à cracher. Sa toux s'accompagnait de douleurs du côté gauche. Depuis elle présente des sueurs nocturnes, un amaigrissement marqué; elle a conservé un bon appétit. Malgré ces signes, elle a continué son travail jusqu'à la semaine dernière, où un médecin, consulté, lui a conseillé d'entrer au Sanatorium de Feuillas.

Actuellement, la malade tousse un peu le matin et le soir et crache rarement. Les sueurs nocturnes ont diminué; son appétit est bon, mais elle présente, de temps en temps, environ tous les trois ou quatre jours, une petite poussée de température vespérale à 37°8 ou 38 degrés.

Examen. — En avant, à gauche, dans la région sous-claviculaire, on entend quelques craquements discrets. En arrière, du côté gauche, on entend des craquements plus abondants, surtout après la toux, dans les fosses sus et sous-épineuses. Ils s'étendent un peu vers l'espace interscapulo-vertébral. Le côté droit est bon.

L'examen radioscopique montre une image thoracique presque normale, avec une légère obscurité des deux sommets, le gauche s'éclairant moins bien que le droit à la toux.

Les examens de crachats, direct et après homogénéisation, sont négatifs.

L'examen oto-rhino-laryngologique montre un larynx légèrement rosé.

La malade est suivie au Sanatorium jusqu'au 30 août 1926. On note une amélioration nette de l'état général, avec persistance des signes locaux au sommet gauche. La malade continue cependant à faire de temps en temps des poussées de température vespérale, atteignant 37°8. L'examen des crachats demeure négatif. L'examen des autres appareils est également négatif.

La malade quitte le Sanatorium le 26 août; elle a augmenté de 2 kilos.

OBSERVATION LIV (Résumée).

Ch... (Julia), 31 ans.

La malade est vue à la consultation le 26 mars 1926; elle entre au Sanatorium le 3 avril.

Dans ses antécédents, on note, dans le jeune âge, la rougeole, la grippe et une fluxion de poitrine. De 18 à 25 ans, la malade a souffert de l'estomac, a eu des digestions pénibles et a présenté de la constipation et de fortes céphalées. A 26 ans, congestion pulmonaire double nécessitant un mois d'alitement. A la suite, grande faiblesse et toux sèche le matin; quelques douleurs erratiques dans le dos, la poitrine et les bras. Et depuis, jusqu'à 30 ans, la malade a présenté un assez bon état général, à part seulement cette toux sèche persistante, de légères sueurs nocturnes et quelques rares accès de fièvre vespérale (38 degrés environ) à peu près tous les mois. En janvier 1926, la malade est soignée pour une bronchite s'étant accompagnée à plusieurs reprises d'hémoptysies légères, avec température fébrile montant jusqu'à 40 degrés, et nécessitant le séjour de la malade au lit pendant un mois. Depuis, la malade tousse toujours, présente un appétit médiocre, se sent très faible et souffre de douleurs erratiques dans tout son thorax.

Examen (6 avril 1926). — Les vibrations thoraciques sont augmentées au sommet gauche. L'auscultation montre une respiration soufflante, avec quelques râles de bronchite et un retentissement exagéré de la toux au sommet droit. A gauche, on entend en avant quelques râles sous-crépitaux fins; en arrière, la respiration est granuleuse des deux côtés, mais s'accompagne, surtout au niveau des fosses sus et sous-épineuses gauches, de quelques râles sous-crépitaux. Quelques frottements pleuraux à la base droite.

La radioscopie pulmonaire montre des sommets légèrement, mais uniformément gris, s'éclairant insuffisamment à la toux.

L'examen bactériologique des crachats, soit direct, soit après homogénéisation, est négatif à trois reprises.

La malade est revue le 20 juin; elle présente les mêmes signes, mais moins accentués, que lors du précédent examen. La température

vespérale atteint tous les mois pendant deux ou trois jours 38 degrés. L'examen des crachats est toujours négatif. L'examen des autres appareils est également négatif.

La malade sort du Sanatorium le 20 août, très améliorée, ayant augmenté de 2 kilos.

OBSERVATION LV (Résumée).

B... (Henriette), 18 ans.

La malade est envoyée par son médecin à la consultation du Centre antituberculeux le 7 mai 1926, parce que depuis trois mois elle tousse, se sent affaiblie, a perdu l'appétit, et que le 21 avril dernier elle a eu au moment de ses règles une hémoptysie moyenne.

La malade entre au Sanatorium le 11 mai.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 29 ans, des suites d'une pleurésie; père mort il y a deux ans de tuberculose contractée à la guerre.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche et varicelle dans l'enfance, pneumonie à 12 ans.

Examen de la malade (11 mai). — Malade chétive, fatiguée, ayant maigri de 3 kilos depuis cinq mois. Elle tousse un peu, mais ne crache pas. Appétit très diminué.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on note en avant une ampliation thoracique un peu diminuée à droite. L'auscultation montre quelques râles fins à la toux au sommet droit. En arrière, hypertrichose dorsale. Au sommet droit, on entend une expiration prolongée légèrement granuleuse et quelques râles fins après la toux. La respiration est diminuée dans tout le reste du poumon droit. On entend des frottements pleuraux à la base droite.

L'examen radioscopique montre dans la région sous-claviculaire droite une ombre large de trois travers de doigt, se rendant de la partie interne de la clavicule en bas et en dehors vers la région du sommet de l'aisselle.

L'examen bactériologique des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif, ainsi d'ailleurs que l'inoculation au cobaye.

La température vespérale atteint en général 37°8 et s'élève à 38 degrés au moment des périodes menstruelles.

L'examen des autres appareils est négatif; on note simplement des digestions pénibles.

Il semble s'agir de cortico-pleurite du sommet droit, avec localisation plus particulière dans la région scissurale postérieure.

La malade quitte le sanatorium après deux mois de traitement. Elle paraît très améliorée au point de vue tant de son état général que de ses signes locaux, qui sont beaucoup moins nets. Elle a augmenté de 4 kilos.

5° LES TUBERCULOSES FERMÉES AUTONOMES. — Existe-t-il une forme vraiment autonome de tuberculose fermée dont l'évolution se fasse sans tendance à l'ouverture?

Dans son rapport de Strasbourg, Rist disait : « On remarque chez quelques auteurs particulièrement autorisés une tendance à considérer la tuberculose fermée, non comme une étape précédant le plus souvent la tuberculose ouverte, mais comme une forme spéciale de tuberculose qui peut achever son cycle sans s'ouvrir. » Cette forme a été décrite par Léon Bernard : « Je veux parler, écrit-il, des cas de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse chronique, extensive ou localisée, où l'examen des crachats reste constamment négatif. Tantôt il peut s'agir de la découverte radiologique de lésions même cavitaires; tantôt il existe des signes stéthacoustiques très nets, avec toute une histoire d'anamnestiques, de signes fonctionnels, de signes généraux qui accusent certainement la tuberculose, et où cependant on ne trouve pas de bacilles. » Parmi les 4 observations typiques rapportées par Léon Bernard, 2 donnèrent une inoculation au cobaye positive. Dans les 2 autres cas, par contre, « où tous les signes caractéristiques de la tuberculose ulcéro-caséuse du poumon existaient, quatre examens de crachats et de selles restèrent négatifs, ainsi que l'inoculation; les signes stéthacoustiques, comme l'image radiologique, accusaient, dans ces deux observations, l'existence de cavernes. » Léon Bernard émet cependant l'hypothèse qu'il pouvait s'agir,

dans ces cas, de tuberculose à expectoration bacillifère intermittente.

Cette forme de tuberculose autonome est également admise par Mantoux, pour qui il « existe des sujets chez qui la tuberculose continue à évoluer et à donner des signes incontestables d'activité pendant des mois et des années, tout en restant fermée. Il s'agit, non d'un stage passager, mais d'un processus durable d'observation courante ». (*Presse médicale*, 11 nov. 1918).

Dans la statistique du docteur Dickinson, de New-Castle, citée par Rist dans son rapport au Congrès de Strasbourg, sur 120 malades tuberculeux ou présumés tuberculeux, n'ayant pas de bacilles de Koch dans leur expectoration, 4 seulement moururent. Or, l'autopsie faite dans ces 4 cas montra que la cause de la mort était due à une bronchectasie non tuberculeuse, à une grippe épidémique, à un sarcome du poumon, enfin à une tuberculose miliaire aiguë généralisée. Et dans 75,8 p. 100 de ces 120 cas, la preuve fut faite ultérieurement que la tuberculose avait été incriminée à tort.

Nous avons, dans nos observations, relevé 3 cas qui nous paraissent appartenir à cette forme de tuberculose fermée autonome, qui, rare sans doute, ne nous semble pas pouvoir être niée.

OBSERVATION LVI.

Ar... (Marie-Louise), 27 ans.

La malade se présente à la consultation le 23 avril 1926 parce qu'elle souffre depuis quelque temps du côté gauche. On ne trouve rien de spécial dans ses antécédents, si ce n'est un enfant mort de méningite tuberculeuse. Elle aurait beaucoup maigri depuis quelque temps.

L'examen montre de la submatité de la base droite et de l'obscurité du sommet.

La radioscopie montre un sommet droit opaque et une petite condensation sous la clavicule droite, dans l'angle sterno-claviculaire.

La malade est revue un mois après, le 28 mai 1926. On entend une respiration soufflante au sommet droit en avant. La respiration est obscure au sommet droit en arrière, mais on n'entend pas de râles. La malade tousse et crache un peu le matin. Un examen de crachats, direct et après homogénéisation, est négatif.

L'examen radioscopique montre des signes de lobite supérieure droite. On trouve, dans le champ pulmonaire droit, une opacité du sommet et de la région sous-claviculaire sur une hauteur de quatre travers de doigt. La limite inférieure de l'opacité est nettement marquée.

La malade est revue le 9 juillet 1926. On trouve de la submatité à son sommet droit. L'auscultation montre de l'obscurité respiratoire et permet d'entendre en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, quelques râles sous-crépitaux discrets. L'état général de la malade est mauvais; elle maigrit et fait tous les soirs un peu de température, autour de 38 degrés.

L'examen radioscopique montre une lobite supérieure droite, avec aspect marbré généralisé et ombres bronchiques hilaires très marquées. L'hémi-diaphragme droit est déformé, presque immobile et à contours flous.

L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif, ainsi que l'inoculation au cobaye.

La malade est revue depuis à plusieurs époques; son état général est mauvais, bien qu'elle ne maigrisse plus. Les signes d'auscultation s'accroissent, mais sont encore loin de correspondre comme importance, aux signes radiologiques de lobite supérieure droite. Les examens de crachats sont toujours négatifs.

OBSERVATION LVII.

B. de H... (Jeanne), 19 ans.

La malade se présente à la consultation le 23 avril 1926. Elle a déjà été hospitalisée au Sanatorium de Feuillas en mai 1924. Aussi reprenons-nous son observation depuis cette date.

La malade ne présente rien d'important dans ses antécédents héréditaires ou personnels, sauf une pleurésie dans l'enfance et une tendance à s'enrhumer facilement.

Histoire de la maladie. — Soignée en février 1924 pour congestion pulmonaire, la malade fait une rechute en mars. Elle présente, à la suite de cette congestion, de la toux, de l'anorexie, de l'amaigrissement (9 kilos en quatre mois) et elle fait un peu de température le soir (37°7-37°8).

Examen (mai 1924). — Toux et expectoration abondante, dyspnée d'effort; appétit meilleur depuis son arrivée au Sanatorium.

L'examen des poumons montre une ampliation thoracique diminuée du côté droit. En avant, on note de la submatité dans le creux sus et sous-claviculaire droit, avec modification de la résistance au doigt. L'auscultation fait entendre en avant un souffle sous la clavicule droite, avec quelques râles humides. En arrière, on constate de l'obscurité respiratoire du sommet droit, avec quelques râles parenchymateux moyens après la toux, dans la fosse sus-épineuse. On note en outre des signes d'adénopathie trachéobronchique bilatérale.

Depuis l'entrée au Sanatorium, la température vespérale est de 37°7-37°8.

L'examen radioscopique montre un côté droit plus gris, pas très homogène, et un sommet s'éclairant mal à la toux. Pas de signes spéléonquaires au point de vue radiologique. Le poumon gauche est bon. On constate, en outre, des signes radiologiques d'adénopathie trachéobronchique au niveau du hile.

L'examen des crachats direct et après homogénéisation ainsi que la recherche du bacille de Koch dans les selles ne permettent pas de déceler de bacilles.

On porte le diagnostic de lésion congestive tuberculeuse du sommet droit.

La malade quitte le Sanatorium en août 1924, très améliorée.

Elle est revue à la consultation du Centre antituberculeux en avril 1926, parce que, après s'être bien portée après son départ du Sanatorium, elle s'est enrhumée depuis quatre mois, se sent fatiguée, et, plus spécialement depuis vingt jours, recommence à tousser, à cracher, à faire de la température vespérale (38 degrés) et à présenter de l'anorexie et des sueurs nocturnes. Elle entre de nouveau au Sanatorium.

L'examen de l'appareil pulmonaire montre un thorax amaigri, avec submatité au sommet droit. L'auscultation montre en avant de gros signes de bronchite bilatéraux. Sur la ligne axillaire droite, on entend quelques frottements et des râles humides à la toux. En arrière, l'auscultation montre au sommet droit une respiration granuleuse, avec de petits craquements à la toux.

Un nouvel examen pratiqué le 26 mai 1926 montre en avant des bruits adventices fins dans le tiers supérieur du poumon droit; en arrière, on trouve de la submatité dans les zones sus et sous-épineuses, et l'auscultation y révèle des râles sous-crépitants, surtout abondants après la toux. La clinique semble donc imposer le diagnostic de tuberculose du lobe supérieur droit.

Les examens radioscopiques pratiqués en avril et en mai montrent une réaction hilare importante des deux côtés. Les champs pulmonaires sont un peu gris, mais pas mauvais.

L'analyse bactériologique des crachats, soit à l'examen direct, soit après homogénéisation, est négative, ainsi d'ailleurs qu'une inoculation au cobaye.

La malade quitte le Sanatorium en juillet 1926. A ce moment-là, les signes cliniques de lobite supérieure droite persistent, se traduisant par une respiration soufflante et quelques râles sous-crépitants, d'ailleurs discrets, à la toux. La température vespérale est toujours de 37°8 à 37°9; de nouveaux examens de crachats, dont quatre homogénéisations après enrichissement, restent négatifs.

OBSERVATION LVIII.

G... (Roger), 28 ans.

Le malade se présente à la consultation le 25 juin 1926 parce qu'il tousse, crache, et se sent affaibli depuis quelque temps. Il est admis au Sanatorium de Feuillas sur la demande de son médecin.

Dans ses antécédents, on note une bronchite à l'âge de 8 ans; depuis, le malade a eu des rhumes fréquents. Il a fait toute la guerre sans blessures ni maladies.

Histoire de la maladie. — Depuis deux mois, le malade se sent af-

faibli et fatigué. Il tousse beaucoup et crache assez abondamment, le matin surtout. Il se plaint de douleurs névralgiques du côté droit, il présente de l'anorexie, un léger amaigrissement et des sueurs nocturnes abondantes. Ces symptômes s'accroissent de plus en plus.

Examen. — Thorax amaigri, creux sous-claviculaire plus accusé à droite qu'à gauche. Submatité au sommet droit. L'auscultation montre en avant une obscurité du sommet droit, avec quelques râles humides fins et moyens. La respiration est soufflante dans le reste du poumon. En arrière, on entend au sommet droit des râles sous-crépitaux décelables par la toux et qui s'entendent dans la gouttière scapulo-vertébrale jusqu'à mi-hauteur de l'omoplate. On note en outre du côté droit un retentissement exagéré de la voix et des bruits du cœur.

Examen radioscopique. — Hémithorax fortement obscur dans sa région sus-claviculaire, un peu moins dans sa région sous-claviculaire jusqu'à la partie moyenne, et gris seulement, en se dégradant presque jusqu'au niveau de la base. Le sommet droit ne s'éclaire pas du tout à la toux. En vue postérieure, le poumon droit est très obscur dans le tiers supérieur; on note également une grisaille notable au contact du hile droit, se prolongeant assez loin en dehors.

L'examen des crachats, soit direct, soit après homogénéisation, est négatif.

La température du malade n'est pas fébrile, ne montant jamais au-dessus de 37° 4.

Un nouvel examen pratiqué le 25 août 1926 permet d'entendre des râles sous-crépitaux surtout nombreux à la toux, dans la fosse sus-épineuse droite et des râles sous-crépitaux abondants à la toux dans les régions sus et sous-claviculaires droites.

L'examen des crachats est toujours négatif, même après enrichissement et homogénéisation.

L'examen des autres appareils est négatif.

Le 29 octobre 1926 un nouvel examen montre toujours de la submatité au sommet droit et permet d'entendre, dans le creux sous-claviculaire droit, quelques râles sous-crépitaux peu nombreux, augmentant avec la toux, avec pectoriloquie très localisée en cet endroit. En arrière, très légère submatité du sommet; on trouve des râles

sous-crépitants de timbre humide, augmentant avec la toux, dans la région supérieure de la gouttière scapulo-vertébrale et dans le creux sous-claviculaire.

L'examen radiologique montre un sommet droit très gris dans sa région sus-claviculaire et ne s'éclairant pas à la toux.

L'examen bactériologique des crachats reste toujours négatif, malgré trois nouvelles homogénéisations; l'état général du malade est très amélioré; il a augmenté de 14 kilos durant son séjour au Sanatorium, qu'il quitte pour aller à la campagne.

6° LES TUBERCULOSES FIBREUSES NON BACILLIFÈRES. — La constatation des anomalies de Grancher, dont l'origine, comme nous y avons déjà insisté, n'est souvent pas bacillaire, permet-elle, dans certains cas, d'incriminer la tuberculose pulmonaire?

Avec Léon Bernard, nous répondrons que oui, mais seulement lorsque ces anomalies respiratoires ne sont que l'un des éléments d'un syndrome où la constatation de signes fonctionnels et généraux permet d'affirmer la nature tuberculeuse de la maladie.

Les anomalies respiratoires traduisent le plus souvent, comme y a insisté Bezançon, des phénomènes de sclérose cicatricielle due à un processus de guérison d'une tuberculose pulmonaire de date ancienne. Il s'agit alors de tuberculoses guéries remontant fréquemment à l'enfance, dont le plus souvent d'ailleurs la preuve bactériologique n'a pu être faite, et qui ont toujours été des tuberculoses fermées. Chez ces malades, la cuti-réaction est fortement positive; la radiologie montre souvent de la condensation localisée en un endroit du poumon, fréquemment au sommet. Mais ce sont là des faits dont nous ne nous occuperons pas ici, car il s'agit de tuberculose fermée sans doute, mais guérie et ayant cessé d'évoluer.

Mais à côté de ces malades, où la constatation des anomalies respiratoires reste le seul vestige de l'ancienne atteinte tuberculeuse de leurs poumons, existent d'autres malades chez qui l'auscultation fait constater les mêmes anomalies respiratoires, mais coexistant avec des signes fonctionnels et généraux plus

ou moins discrets de tuberculose. Ces malades ont été bien étudiés, dans son article *Tuberculose pulmonaire et expectoration bacillifère* (*Paris médical*, 3 janv. 1923), par Léon Bernard, qui écrit à leur sujet : « Leur courbe thermique est instable, la fièvre s'allumant sous les moindres influences; on peut même observer une fébricule subcontinue; ils maigrissent, présentent quelques troubles digestifs, de la dépression, de la toux, de l'expectoration, parfois des hémoptysies, des sueurs, des douleurs thoraciques; les signes physiques demeurent invariables, réduits à des anomalies du murmure vésiculaire à un ou deux sommets, traduisant la lésion de sclérose. » Cependant, chez ces malades, l'expectoration est nulle, et, si elle existe, elle ne contient pas de bacilles de Koch.

Ces cas s'accompagnent le plus souvent de signes radiologiques plus ou moins variables d'un sommet ou des deux : teinte sombre, taches, marbrures. Cependant, il arrive, comme y a insisté Ch. Mantoux (*Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée*, *Presse médicale*, 11 nov. 1918), que des images radioscopiques normales, sans ulcérations, sans condensations, sans voile du champ pulmonaire, puissent coexister « avec des signes stéthacoustiques indiscutables de lésion pulmonaire, en même temps que des symptômes fonctionnels et généraux qui ne permettront pas de douter d'une tuberculose évolutive », car des lésions importantes du parenchyme pulmonaire peuvent échapper à l'examen radiologique. Ces états nous paraissent appartenir à la tuberculose fibreuse, et l'on pourra voir parfois ces formes scléreuses sans bacilles évoluer vers des formes fibrocaséuses bacillifères.

« Il s'agit dans ces cas, écrit F. Dumarest (*Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire*, *Presse médicale*, 6 juin 1918), d'une tuberculose vraiment fibreuse dont l'évolution se fait, *ab initio*, soit en raison du peu de virulence du germe, soit en raison de la modalité réactionnelle du sujet, vers la sclérose et l'enkystement du follicule tuberculeux. »

Contrairement à Rist, qui considère (Rapport au Congrès de Strasbourg) que la distinction de ces lésions scléreuses avec

les tuberculoses cicatricielles est malaisée, Dumarest distingue cette tuberculose fibreuse de la tuberculose cicatricielle des sommets. « Cette tuberculose fibreuse, écrit-il, phénomène actif, constructif, progressif, ne doit pas être confondue avec la tuberculose cicatricielle, lésion fixe, inactive et éteinte, dont elle ne diffère d'ailleurs ni au point de vue stéthoscopique, ni au point de vue radiologique. »

Nous avons ainsi observé 6 cas de tuberculose où, malgré le peu d'intensité de signes physiques, se traduisant par de simples anomalies respiratoires, et malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, et parfois même l'absence de toute expectoration, nous avons, nous appuyant sur les signes fonctionnels et généraux, porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire fibreuse.

OBSERVATION LIX (Résumée).*

T... (Renée), 20 ans.

La malade se présente à la consultation le 30 avril 1926 parce que, depuis quelques mois, elle tousse, se sent faible et a maigri de 5 kilos. Sur la demande de son médecin, elle entre au Sanatorium de Feuillas.

Dans ses antécédents, on note que son père est mort de tuberculose il y a six mois et qu'il a été soigné par la malade. Elle a eu dans l'enfance la rougeole et un érysipèle de la face, et a eu la grippe à 17 ans.

La malade a toujours eu une tendance à s'enrhumer, présentant chaque hiver des poussées de bronchite, mais sans expectoration. Elle a contracté un rhume il y a trois mois, et depuis elle tousse, se sent fatiguée, présente des sueurs nocturnes et a maigri de 5 kilos.

Examen. — L'examen montre du côté droit et au sommet une respiration rude. Le reste du poumon respire bien, ainsi que le côté gauche. La malade fait tous les soirs un peu de température (37° 6, 37° 7), température qui monte à 38 degrés pendant trois ou quatre jours au moment des règles.

L'examen radioscopique du poumon montre une légère obscurité

au niveau du sommet droit, qui s'éclaire moins bien à la toux que le gauche.

L'examen des crachats ne peut être pratiqué, la malade ne crachant pas; mais la recherche des bacilles de Koch dans les selles est négative.

L'examen des autres appareils est négatif.

Une cuti-réaction se montre très fortement positive.

De nouveaux examens montrent la persistance d'une rudesse respiratoire au sommet droit, et, malgré le résultat négatif de l'examen des selles, on pense, en raison des signes fonctionnels et généraux, qu'il s'agit de tuberculose fibreuse.

OBSERVATION LX (Résumée).

J... (Yvonne), 27 ans.

La malade se présente à la consultation le 21 mai 1926; à la demande de son médecin, elle est admise au Sanatorium de Feuillas.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels. Mariée depuis 5 ans, la malade a un garçon bien portant.

Histoire de la maladie. — La malade se sent fatiguée depuis deux ans. A la suite d'un gros rhume contracté à cette époque, elle n'a plus cessé de tousser et de cracher un peu. Elle a maigri considérablement, présente une grande fatigue et de l'anorexie. Elle a remarqué à plusieurs reprises que ses crachats étaient striés de sang. A la suite d'un séjour aux Pyrénées, l'été dernier, la malade s'est sentie très améliorée et a augmenté de 3 kilos. Mais, revenue à Bordeaux, elle a recommencé à tousser, à cracher et à maigrir; elle présente des sueurs nocturnes; elle a eu à quatre reprises, depuis le 15 mai, des hémoptysies abondantes; elle aurait rempli chaque fois un plein crachoir de sang.

Examen. — Actuellement la malade tousse et crache moins; ses crachats sont encore parfois striés de sang; son appétit est médiocre et elle présente des céphalées légères.

L'examen de la malade montre une respiration un peu rude et

soufflante au sommet gauche; avec quelques frottements à la base.

L'examen radioscopique montre une très légère diminution de transparence sous la clavicule gauche, avec une réaction hilaire légère.

La température est normale ou très légèrement subfébrile (37°6, 37°7); l'examen des crachats, direct et après plusieurs homogénéisations, est constamment négatif.

La malade est revue le mois après, au moment de sa sortie du Sanatorium : elle présente toujours les mêmes anomalies respiratoires du côté gauche; ses signes fonctionnels et généraux se sont améliorés sous l'influence de la cure sanatoriale; l'examen radioscopique montre un sommet gauche voilé, avec diminution de la transparence de la région sous-claviculaire; l'examen des crachats est toujours négatif.

OBSERVATION LXI (Résumée).

B... (Jeanne), 22 ans.

La malade se présente à la consultation le 18 juin 1926, envoyée par son médecin parce que, depuis le mois de février, elle tousse, crache un peu tous les matins et a eu à plusieurs reprises des crachats striés de sang. Elle a maigri, présente de l'asthénie et des sueurs nocturnes. Elle fait un peu de température vespérale. Elle est admise au Sanatorium de Feuillas.

L'examen (20 juin) montre au sommet droit, dans la zone d'alarme, de l'obscurité respiratoire. L'inspiration est rude et l'expiration un peu soufflante.

La malade a eu la veille une hémoptysie d'abondance moyenne qui l'a laissée fatiguée. Elle ne fait pourtant pas de grosse température, 37°6 de température vespérale.

L'examen radioscopique montre une image thoracique à peu près normale, avec des sommets s'éclairant toutefois peu à la toux.

L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif.

La malade quitte le Sanatorium de Feuillas le 15 septembre 1926: elle a, durant son séjour, présenté deux nouvelles hémoptysies, sans température concomitante; les signes stéthoscopiques et radiologi-

ques ne se sont pas modifiés; l'examen des crachats a toujours été négatif; les signes fonctionnels et généraux ont été améliorés par la cure sanatoriale.

OBSERVATION LXII (Résumée).

L... (Marthe), 19 ans.

La malade se présente à la consultation le 16 juillet 1926 parce que, depuis quelque temps, elle tousse, crache un peu et se sent fatiguée. Elle présente des points douloureux au côté droit. Elle aurait maigri de 8 kilos en un an.

Son mari, avec qui elle habite, est réformé à 100 p. 100 pour tuberculose pulmonaire.

Examen. — Vibrations thoraciques légèrement augmentées au sommet droit, où l'on trouve un peu de submatité dans les zones sus et sous-épineuses. L'auscultation montre dans les mêmes zones de l'obscurité respiratoire, avec une inspiration rude. La radioscopie montre les deux sommets gris et s'éclairant mal à la toux. L'examen bactériologique des crachats est négatif; on ne peut faire ni homogénéisation ni inoculation, la malade ne crachant pas suffisamment.

La malade est revue plusieurs fois dans les semaines qui suivent : elle présente toujours la même fixité des signes stéthoscopiques; une cuti-réaction est très fortement positive. Sous l'influence du traitement et du repos, on note une amélioration des signes fonctionnels et généraux.

OBSERVATION LXIII (Résumée).

R... (Joseph), 50 ans.

Le malade se présente à la consultation le 7 mai 1926 parce que, depuis quelque temps, il tousse sans arrêt, crache, présente de la dyspnée, des sueurs nocturnes, se sent très fatigué et a maigri de 10 kilos depuis un an. Il est admis au Sanatorium.

Examen. — Etat général mauvais, appétit presque nul, malade très amaigri, présentant d'abondantes sueurs nocturnes. Toux fréquente, crache après la toux.

Examen pulmonaire. — Le côté droit est un peu affaissé, présente une ampliation thoracique diminuée et de la submatité dans les trois premiers espaces intercostaux. L'auscultation montre de l'obscurité respiratoire du sommet, avec une expiration prolongée. On entend, en outre, quelques râles de bronchite et des signes d'emphysème dans le reste du poumon droit et dans toute l'étendue du poumon gauche.

L'examen radioscopique montre que la moitié supérieure du poumon droit est opaque et s'éclaire mal à la toux. L'examen des crachats, direct et après homogénéisation, est négatif. La température vespérale oscille entre 37°6 et 38 degrés, atteignant parfois 38°2.

Un nouvel examen du malade, pratiqué le 20 juin, montre une respiration très soufflante au sommet droit, sans autres signes de spéléonque. La respiration est diminuée immédiatement au-dessous; les signes de bronchite et d'emphysème à droite et à gauche sont les mêmes qu'au premier examen.

En résumé, on se trouve cliniquement en présence d'une forme scléreuse intéressant surtout le lobe supérieur droit, mais avec signes d'emphysème et de bronchite généralisée.

Au mois d'août, date de la sortie du malade, on retrouve les mêmes signes localisés au sommet droit. La radioscopie montre une obscurité de tout le lobe supérieur droit. L'examen des crachats est toujours négatif et la température continue à osciller autour de 38 degrés. Le malade a cependant repris du poids et on note une amélioration des signes généraux.

OBSERVATION LXIV (Résumée).

Tr... (Max), 40 ans.

Le malade se présente à la consultation le 14 mai 1926 parce que, depuis dix mois, il tousse, se sent fatigué, a maigri et fait de la température vespérale (38° à 38°2). Admis au Sanatorium sur la demande de son médecin.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un refroidissement.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'en 1915, date à la-

quelle il fut évacué du front pour bronchite suspecte; le malade revient au front au bout de deux mois, mais il est évacué à trois autres reprises pour bronchite.

Histoire de la maladie. — Depuis dix mois, le malade tousse et crache. Il a été déjà deux fois hospitalisé à Saint-André pour bronchite, en septembre 1925 et février 1926. Lors de son dernier séjour à l'hôpital, il a présenté quelques crachats hémoptoïques.

Examen. — Le malade se trouve faible, sans appétit. Il tousse, crache, présente des sueurs nocturnes et une température vespérale de 38°2.

L'examen pulmonaire montre une diminution de l'augmentation thoracique et un affaissement léger de la région sous-claviculaire gauche, où les vibrations thoraciques paraissent légèrement augmentées et où la percussion décèle une légère submatité. L'auscultation montre, du côté gauche, de l'obscurité respiratoire, avec une inspiration rude au sommet, dans le creux sous-claviculaire et dans les fosses sus et sous-épineuses. On trouve en outre quelques râles de bronchite disséminés aux deux sommets.

L'examen radiologique montre un sommet gauche un peu voilé.

L'examen des crachats direct est négatif; il reste négatif malgré trois homogénéisations après enrichissement; l'inoculation au cobaye est négative.

La température atteint 38°2 tous les soirs, avec quelques poussées autour de 39 degrés.

Le malade, revu à plusieurs reprises, présente les mêmes signes généraux et fonctionnels de tuberculose infectante, sans modifications des signes physiques. En résumé, on conclut à des phénomènes de sclérose du sommet gauche, avec bronchite droite et gauche surajoutée.

7° Nous signalerons, enfin, comme pouvant être rattachées à la tuberculose fermée ou du moins aux tuberculoses à expectoration négative, puisqu'elles ne s'accompagnent pas de la présence de bacilles de Koch dans les crachats, la granulie, ou tuberculose miliaire aiguë généralisée, où les lésions sont strictement limitées au tissu interstitiel du poumon, et la pleurésie

séro-fibrineuse. Mais nous n'étudierons pas ici ces deux catégories de tuberculose fermée unanimement admises par les phthisiologues, car la première, dont nous n'avons d'ailleurs rencontré aucun cas, est exceptionnelle, du moins chez l'adulte européen, tandis que la seconde ne constitue pas une tuberculose pulmonaire à proprement parler.

Nous concluerons donc de cette étude sur la « tuberculose fermée », que l'on a décrit sous cette dénomination de très nombreux états qui appartiennent, soit à la tuberculose ouverte, comme le démontrent les examens bactériologiques soigneux et répétés, soit aux fausses tuberculoses, qu'une observation plus complète du malade permet d'affirmer dans bien des cas. Mais si la perfection des techniques bactériologiques et de l'examen du malade rétrécit singulièrement le cadre des « tuberculoses fermées », il n'en demeure pas moins que ce terme correspond à une réalité clinique. Nous croyons, en effet, qu'il s'applique parfaitement, en dehors de la granulie et de la tuberculose pleurale d'une part, en dehors des tuberculoses refermées et des tuberculoses à expectoration bacillifère intermittente d'autre part :

1° A certaines tuberculoses pulmonaires ne s'ouvrant que tardivement et évoluant un certain temps sans que les techniques bactériologiques les plus perfectionnées permettent de découvrir le bacille de Koch;

2° Aux tuberculoses pulmonaires où un processus de guérison intervient avant que l'expectoration ne se soit montrée bacillifère;

3° A certaines tuberculoses ulcéro-caséeuses, les tuberculoses fermées autonomes, où, malgré l'évolution des lésions, on n'arrive pas à découvrir le bacille de Koch dans l'expectoration;

4° A certaines tuberculoses fibreuses non bacillifères, mais s'accompagnant des signes fonctionnels et généraux de la tuberculose.

Dans ces quatre classes de tuberculoses, il s'agit bien de tuberculose pulmonaire non bacillifère évolutive, dont l'évolu-

tion se fera soit vers la fonte et l'extension, soit vers la cicatrisation et la guérison des lésions.

Le désaccord entre les divers phtisiologues au sujet des « tuberculoses fermées » nous paraît d'ailleurs plus apparent que réel et porte plus, croyons-nous, sur les mots que sur les faits. Il n'est pas douteux, en effet, que la réalité clinique de ces quatre catégories soit incontestable et admise par tous les phtisiologues; ils diffèrent seulement sur la dénomination qui convient à ces états. Mais que, comme Rist, pour qui la broncho-alvéolite est la lésion de début de toute tuberculose, l'on nie *a priori* l'existence de la tuberculose fermée parce que contraire aux théories anatomiques, ou que, comme Leuret, on admette la tuberculose fermée parce que, au stade de broncho-alvéolite, préexisterait souvent un tubercule qui se développe dans le tissu interstitiel, où il peut même rester confiné sans s'ouvrir à l'extérieur, il existe dans tous les cas une réalité clinique que l'on ne peut nier, c'est celle de tuberculoses à expectoration bacillifère négative.

Or, que ce soit parce que les bacilles de Koch sont rares ou intermittents, comme l'admet Rist, que ce soit, comme le pense Leuret, parce que les tubercules ne sont pas encore ulcérés, que l'expectoration ne se montre pas bacillifère, la conclusion pratique importante qui se dégage de notre étude est que l'on ne doit pas attendre l'apparition des bacilles de Koch dans l'expectoration pour porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire lorsque l'on se trouve en présence d'un faisceau suffisant de signes physiques, fonctionnels et généraux pour affirmer ce diagnostic.

Agir autrement aboutirait : 1° à faire perdre un temps précieux au malade pour la conduite de son traitement; 2° à risquer de laisser s'aggraver et peut-être irrémédiablement des lésions susceptibles de guérir; 3° à exposer l'entourage du malade à une sécurité trompeuse, car l'absence de toute mesure de prophylaxie permettrait la contagion le jour où les bacilles de Koch apparaîtraient dans l'expectoration.

En terminant ce chapitre, nous voulons cependant insister

une fois de plus sur l'utilité de n'accepter le diagnostic de « tuberculose fermée » qu'après un examen clinique très complet et des examens bactériologiques répétés. Ce diagnostic devra d'ailleurs être vérifié et confirmé dans la suite, et les malades jugés tuberculeux malgré une expectoration non bacillifère devront rester longtemps sous la surveillance médicale avant que ce diagnostic ne soit définitivement admis.

CHAPITRE VIII

CAS DOUTEUX

Il nous reste enfin un reliquat assez important de malades où nous n'avons pu faire la preuve suffisante de la nature de l'affection pour la considérer soit comme tuberculeuse, soit comme non tuberculeuse.

Il s'agit des 35 malades où la constatation de certains signes physiques, fonctionnels et généraux éveillait l'idée de la tuberculose. Mais dans aucun de ces cas, qui tous montrèrent une expectoration non bacillifère, nous n'avons relevé un faisceau symptomatique suffisant à étayer le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Comme, d'autre part, nous n'avons pu incriminer, malgré une observation détaillée et des examens répétés, aucune autre maladie dans ces 35 cas, force nous a été de les classer dans la catégorie des « douteux ». Pas plus que le terme de « suspect », contre lequel s'est élevé Sergent, la dénomination de « douteux » ne doit satisfaire l'esprit médical; ces malades doivent continuer à être longtemps suivis. Un certain nombre d'entre eux ne présentera sans doute pas d'autres signes que ceux observés actuellement, qui resteront donc des signes isolés difficilement rattachables à une affection précise; d'autres feront ultérieurement la preuve de la nature tuberculeuse de leur affection; chez les derniers, enfin, les symptômes actuellement observés pourront être rattachés à une affection non tuberculeuse que son évolution permettra de diagnostiquer.

Ces 35 malades ont présenté des troubles variés : souvent ce

fut une hémoptysie isolée, cryptogénétique, sans signes stéthacoustiques et radiologiques concomitants, avec très peu et même point de signes fonctionnels ou généraux; tantôt, au contraire, les signes fonctionnels ou généraux dominaient la scène, sans que l'auscultation ou la radioscopie permissent de rapporter au poumon la lésion cause de ces signes; tantôt, enfin, ce fut la constatation d'anomalies respiratoires ou d'une condensation pulmonaire aux rayons X qui donna l'éveil, sans que les signes fonctionnels ou généraux permissent d'attribuer à la tuberculose les lésions ainsi décelées.

L'avenir seul nous dira combien de ces malades méritaient d'être rattachés à la tuberculose et combien ont fait simplement des accidents ayant pu faire croire à de la tuberculose, mais appartenant en réalité à d'autres affections.

CONCLUSIONS

Il résulte de l'examen des 443 observations de malades à expectoration non bacillifère, recueillies par nous au Dispensaire Central antituberculeux de Bordeaux :

I. — Que la clientèle d'une consultation de phtisiologie peut comprendre plus de malades à expectoration bacillifère négative que de tuberculeux ouverts.

II. — Que, parmi ces malades à expectoration bacillifère négative, le plus grand nombre sont des faux tuberculeux qu'on peut classer en :

a) Faux tuberculeux par affection des voies respiratoires supérieures;

b) Faux tuberculeux par signes physiques;

c) Faux tuberculeux par signes fonctionnels ou généraux.

C'est la négativité permanente des examens bactériologiques répétés et l'observation détaillée et complète des malades qui permettront d'aboutir au diagnostic de la maladie responsable des troubles observés.

III. — Qu'il existe, au moins cliniquement, des cas de tuberculose sans expectoration bacillifère; qu'un certain nombre de ces cas, dont la nature tuberculeuse est démontrée par les signes concomitants, méritent, malgré l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration, le nom de « tuberculose évolutive fermée ».

Dans ces cas, cependant, les bacilles de Koch devront con-

tinuer à être recherchés par tous les moyens possibles, et souvent, alors, après de laborieuses recherches, leur constatation donnera la confirmation bactériologique de la nature tuberculeuse de l'affection.

IV. — Que la tuberculose pulmonaire est souvent, quand sa preuve bactériologique manque, une affection des plus difficiles à diagnostiquer, et que l'on n'a pas trop de la recherche minutieuse des signes fonctionnels, physiques ou généraux et des investigations radiologiques pour l'infirmier ou la confirmer et porter un diagnostic, qui sans avoir la prétention d'être définitif, est conforme à l'état clinique et à l'intérêt du malade.

V. — Que, chez un certain nombre de malades, il n'est pas, malgré les moyens mis en œuvre, possible d'arriver à un diagnostic certain et définitif. Dans ces cas, sans pouvoir affirmer la tuberculose, l'esprit du médecin devra toujours être à l'affût de cette maladie.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

E. LEURET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 24 mai 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABOULKER (Henri). — Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne. *Le Monde médical*, 1^{er} janvier 1922.
- ABREU (Manoel DE). — Le radiodiagnostic de la tuberculose pulmonaire. Paris, 1921, Masson, éditeur.
- ACHARD, DESBOUNS, LEBLANC et BINET (L.). — Intoxication par les gaz de combat. *Archives de médecine expérimentale*, 1919, n° 5.
- ACHARD. — La dilatation des bronches. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 novembre 1923.
- AMEUILLE. — Nécessité d'examen bactériologiques et radiologiques systématiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Paris médical*, 3 janvier 1920.
- Les défaillances de l'auscultation pulmonaire. *Presse médicale*, 11 mars 1922.
- Formes larvées de la dilatation bronchique chez l'adulte. *Bulletin médical*, 26 novembre 1923.
- AMEUILLE et SOURDEL. — Accidents pulmonaires consécutifs à l'intoxication par les gaz asphyxiants.
- ATKINSON (D.). — Les fibroses pulmonaires en dehors de la tuberculose. *The American Journal of the medical sciences*, novembre 1925.
- AUBERTIN (E.). — Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme. Le rôle du terrain. Doin, éditeur, 1924.
- AUSTRALIAN MEDICAL CONGRESS. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique au début. *The medical Journal of Australia*, 8 décembre 1925.

AZOULAY et TRIBOUT. — Aspects radiologiques des bronches normales et pathologiques. *La Médecine*, Paris, 1923.

AZOULAY. — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique. Thèse Paris, 1924.

B

BALZER. — Contribution à l'étude de la syphilis des bronches et du poumon. *Paris médical*, 21 janvier 1922.

BARD. — Pathogénie, évolution et traitement de la forme idiopathique des dilatations bronchiques. *Journal de médecine de Lyon*, 5 juillet 1924.

— Les tuberculeux latents et les faux tuberculeux. *Le Siècle médical*, 15 mai 1927.

BARDSMELL. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Tubercle*, mars 1924.

BARTHÉLEMY. — Syphilis et tuberculose. Congrès international de la tuberculose, Paris, 1905.

BELA FREYSTADT. — Hémorragies trachéales par ectasies veineuses. *Berliner klinische Wochenschrift*, 5 juillet 1920.

BERGERON et LETULLE. — Revue critique des techniques expérimentales et cliniques applicables au diagnostic de la tuberculose. *Revue de la tuberculose*, 1924, nos 1-3-5, et 1925, n° 2.

BERGERON. — A propos de tuberculoses pulmonaires ouvertes ou fermées. Une observation. *Bulletin de la Société médicale des Dispensaires antituberculeux*, 1^{er} décembre 1924.

BÉRIEL. — La sclérose pulmonaire discrète d'origine tuberculeuse. Ses rapports avec la bronchite et l'emphysème. Thèse Lyon, 1905.

— Syphilis pulmonaire de l'enfant et de l'adulte. Paris, 1907, Steinheil, éditeur.

BERNARD (Léon) et MASSELOT. — Étude statistique sur l'immunité tuberculeuse, conférée par les écrouelles et le lupus. *Bulletin de la Société d'Études scientifiques sur la tuberculose*, 1914.

— Le traumatisme et la tuberculose. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 30 juin 1916.

- BERNARD (Léon) et MANTOUX. — Traumatisme thoracique de guerre et tuberculose pulmonaire. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 18 mai 1917.
- BERNARD (Léon), BARON, BIGARD. — Rapport sur l'application des réactions de la tuberculine à la clinique. La cuti-réaction : valeur diagnostique et valeur pronostique. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 10 juillet 1920.
- BERNARD (Léon). — Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poumon. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 11 avril 1922.
- BERNARD (Léon) et COSTE. — La valeur des méthodes de recherche des bacilles de Koch dans les expectorations. *Paris médical*, 20 janvier 1923.
- BERNARD (Léon). — La tuberculose pulmonaire. Études de phthisiologie clinique et sociale, 2^e édition, 1925, Masson, éditeur.
— Tuberculose pulmonaire et expectoration bacillifère. *Paris médical*, 3 janvier 1925.
- BERNARD (Léon), POTTER (DE) et THOMAS (Marcel). — Sommets tuberculeux et scléroses pulmonaires non évolutives. *Presse médicale*, 3 juillet 1925.
- BERNARD (Léon). — Le début de la tuberculose pulmonaire chez l'homme. *Paris médical*, 1^{er} janvier 1927.
- BEZANÇON. — Diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Société médicale des hôpitaux, décembre 1907-février 1908.
— Rapport au Congrès de Rome (1912) et communication au Congrès de Genève (1917) sur la diminution du murmure vésiculaire. In *Revue de la tuberculose*, 1912 et 1917.
- BEZANÇON, PHILIBERT et GASTINEL. — Importance clinique de l'homogénéisation des crachats. Société médicale des hôpitaux, 8 novembre 1912.
- BEZANÇON. — La valeur de l'auscultation pour le dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Revue de la tuberculose*, 1920.
- BEZANÇON et JONG (DE). — Asthme et tuberculose. *Paris médical*, 1^{er} janvier 1921.
- BEZANÇON, MATHIEU et PHILIBERT. — Application au diagnostic de la

tuberculose pulmonaire de l'enrichissement apparent en bacilles tuberculeux des crachats mis à l'éluve. Compte rendu de la Société de biologie, 25 mars 1922.

BEZANÇON. — Les bases actuelles du problème de la tuberculose. Paris, 1923, Gauthier-Villar, éditeur.

BEZANÇON et PHILIPP. — Note sur les examens bactériologiques effectués dans un hôpital militaire et en particulier sur les homogénéisations. *Revue de la tuberculose*, 1923.

BEZANÇON et JACOB (Pierre). — Étude clinique d'un cas de syphilis pulmonaire. Section d'Études scientifiques de la tuberculose, séance du 4 avril 1923.

BEZANÇON, WEIL, AZOULAY et BERNARD. — Forme sèche hémop'oïque de la dilatation des bronches. *Presse médicale*, 20 février 1924.

BEZANÇON, WEIL, BERNARD et AZOULAY. — Syndrome lipido-radiologique de la dilatation des bronches. *Journal de radiologie et d'électrologie*, 1924, n° 7.

BEZANÇON. — Fièvre et tuberculose pulmonaire. *Annales de médecine*, décembre 1924.

— Étude critique des techniques récentes en usage pour la recherche du bacille tuberculeux. *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1926.

BEZANÇON et JONG (DE). — Asthme et sclérose pulmonaire. « L'asthme intriqué ». *Presse médicale*, 8 décembre 1926.

BEZANÇON et AZOULAY. — Les hémoptysies bronchectasiques. *Paris médical*, 1927.

BOERI. — Petits signes de la tuberculose au début. *La Rinascenza medica*, 1924, n° 1.

BONNAMOUR et BROCHIER. — Anévrysme aortique et tuberculose pulmonaire. Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon, 10 décembre 1924.

BONNAMOUR et BADOLLE. — La dilatation bronchique des gazés. Académie de médecine, 14 février 1928.

BOSSERT. — Difficultés du diagnostic de la tuberculose infantile. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 25 novembre 1920.

BOUDET. — Syphilis du poumon à forme subaiguë. *Paris médical*, 9 juin 1917.

BOUDROUT. — Contribution anatomo-clinique aux rapports des bronchectasies avec la tuberculose. Thèse Paris, 1924.

BOURGEOIS. — Épreuve du maximum d'apnée volontaire. Thèse Paris, 1920.

BRAENNING. — Délimitation des cas contagieux et des cas non contagieux de tuberculose pulmonaire. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 18 mai 1923.

BRELET. — Note sur les séquelles pulmonaires de l'intoxication par les gaz. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923.

— Les séquelles broncho-pulmonaires de l'intoxication par les gaz de combat. *Gazette des hôpitaux*, 19 mai 1928.

BRIZE et PATTERSON. — Diagnostic de la syphilis pulmonaire. *The medical Journal of Australia*, 24 mars 1923.

BROUARDEL, LÉON et GIROUX (René). — Tuberculose pulmonaire traumatique. Communication à la Société médicale des hôpitaux, 5 juin 1914.

BROWN-LAWRASON. — Certains principes fondamentaux pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Journal of the Americ. med. Assoc.*, 14 janvier 1922.

BRUNON (Roger). — Appendicite chronique et tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1923.

BRUNON (Raoul). — La tuberculose. Paris, 1924, O. Doin, éditeur.

BURNAND. — Note sur les rapports du rétrécissement mitral avec la tuberculose pulmonaire. *Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1918.

— Sur le pronostic et l'évolution de diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, 1921.

— Tuberculose latente. Les états bacillaires chroniques. *Revue de la tuberculose*, 1921.

— Diagnostic du début évolutif de la tuberculose pulmonaire et de ses diverses formes anatomo-cliniques. *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1^{er} janvier 1923.

— La crise de l'auscultation en tuberculose. *Bulletin médical et météorologique de Leysin*, octobre 1923.

C

- CADÉ et SAVY. — A propos d'un cas de dilatation bronchique d'origine syphilitique chez un homme de 45 ans. Société médicale des hôpitaux de Lyon, février 1906.
- CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. Masson, éditeur, 1920.
- Valeur diagnostique des réactions tuberculiniques. *La Médecine*, mai 1920.
- CANTONNET. — L'inégalité pupillaire latente de la tuberculose pulmonaire. *Journal de médecine internationale*, 30 octobre 1909.
- CANUYT. — Les voies aériennes supérieures et les voies aériennes inférieures. *Revue de laryngologie*, 1924.
- Les voies aériennes supérieures et inférieures. La tuberculose pulmonaire. *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1924.
- Fausse tuberculose pulmonaire d'origine nasale ou rhinopharyngée. *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 16 juillet 1924.
- Rapport sur les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, juin 1926.
- CARNOT et LIBERT. — De la présence du bacille tuberculeux dans le liquide duodénal retiré par tubage. *Bulletins et mémoires de la Société médic. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1921.
- De quelques applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement de la tuberculose. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1922.
- CARROLL, COLE, GIBSON, BANYAI. — Les séquelles chroniques post-pneumoniques chez les enfants : leur confusion fréquente avec la tuberculose. *The American Review of Tuberculosis*, mars 1923.
- CAUSSADE et QUESTE. — De quelques congestions localisées aux sommets des poumons simulant la tuberculose et de quelques congestions pulmonaires pérítuberculeuses. *Journal de médecine de Paris*, 1909.
- CAWADIAS. — La fièvre continue d'origine sympathique. *Annales de médecine*, 1920.

- CHABORY. — De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire. Thèse Paris, 1892.
- CHABROL. — Insuffisance respiratoire. Des diverses méthodes d'examen et de traitement. Thèse Paris, 1921.
- CHAISE. — Les tuberculoses latentes pulmonaires. Thèse Paris, 1904.
- CHALLAMEL. — Blessure du poumon et tuberculose pulmonaire ultérieure. *Paris médical*, 1^{er} mars 1919.
- CHAUVET. — Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. Lésions pulmonaires pseudo-phymiques consécutives aux écoulements d'origine supérieure. Syndrome de l'angle de Martin du Magny. Thèse Bordeaux, 1909.
- CLÉMENT. — Étude clinique sur le rapport des affections des fosses nasales avec les organes respiratoires inférieurs. Thèse Paris, 1893.
- COMBY. — Fébricule prolongée chez les enfants. *Archives de médecine des enfants*, août 1922.
- CORDIER. — Valeur sémiologique de l'examen bactériologique des crachats dans la tuberculose pulmonaire. Rapport au VII^e Congrès national de la tuberculose, Lyon, 1927, in *Revue de la tuberculose*, avril 1927.
- CORONE. — Valeur sémiologique d'une obscurité relative légère du sommet gauche à la radioscopie. Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc, 29 avril 1921.
- CORPER et RENSCH. — Effet du gaz moutarde (hypérite) sur la tuberculose expérimentale. *The Journal of Infections Diseases*, 1921.
- COULAUD. — Corps thyroïde de la tuberculose. Thèse Paris, 1922.
- COURCOUX. — Note sur l'évolution éloignée, les symptômes et la genèse des séquelles pleurales des plaies pénétrantes de poitrine. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1919.
- COURCOUX et LELONG. — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis du poumon chez l'adulte. *Journal médical français*, décembre 1922.

- COURCOUX. — De la valeur de l'hémoptysie dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *La Consultation*, juin 1924.
- COURMONT et BOISSEL. — Des infections alternantes ou substituées masquant la tuberculose pulmonaire. Académie de Médecine, 12 mai 1925.
- COUSTEAU. — Emphysème par obstruction nasale. Thèse Paris, 1899.

D

- DAGUET. — Un cas authentique de tuberculose pulmonaire chez un blessé de poitrine. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} mars 1920.
- DALSACE. — Étude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. Thèse Paris, 1920.
- DÉBRÉ et JACQUET. — La pénétration silencieuse du bacille tuberculeux dans l'organisme. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 10 janvier 1920.
- DÉBRÉ et LAPLANE. — Étude clinique du début de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 2 février 1924.
- Les manifestations cliniques de la tuberculose de première infection. *Folia medic.*, Napoli, 1924.
- DEJEAN. — Les hémoptysies non tuberculeuses. Thèse Paris, 1886.
- DELHERM. — Suspects de tuberculose et radiologie. *Paris médical*, 1^{er} février 1919.
- DESMOULINS. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X. *Gazette des hôpitaux*, 23 octobre 1919.
- DESVERNINES. — Contribution à l'étude de certaines réactions motrices de la cage thoracique en rapport avec le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique. *L'Expansion médicale française*, 1 vol., 1922.
- DETRÉ. — La radioscopie chez les soldats suspects de tuberculose. *Presse médicale*, 10 juillet 1919.
- DIEULAFOY. — Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre. *Gazette hebdomadaire*, 1889.
- DLUSKI. — L'application de la tuberculine pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose au point de vue clinique. *Gruzlica*, novembre 1925.

DONNELLY et RIESMAN. — Diagnostic du début de la tuberculose infantile. *Arch. of pediatrics*, 1926.

DOUGALL. — Tuberculose pulmonaire traumatique. *Tubercle*, mai 1920.

DUFOUT et SÉGARD. — La cortico-pleurite tuberculeuse bénigne à foyers récidivants et les anciennes congestions pulmonaires chroniques dites arthritiques. *Revue de médecine*, novembre 1919.

DUMAREST. — Sur le diagnostic bactériologique de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale* 6 juin 1918.

— Tuberculose et gaz asphyxiants. *Bulletin médical*, 21 avril 1920.

— Sclérose pulmonaire et tuberculose fibreuse. *Annales de médecine*, mars 1922.

DUPONT. — Séquelles pulmonaires des gazés. Société d'hydrologie médicale de Paris, 19 mars 1923.

— Séquelles des voies respiratoires supérieures. Congrès de la Société d'oto-rhino-laryngologie, mai 1923.

E

ÉMILE WEILL, ISCH-WALL et POLLET. — Leucémie et tuberculose. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 12 février 1925.

EPCHTEIN. — De l'asthme tuberculeux essentiel. Étude clinique. Thèse Lyon, 1906.

ERCOLISSE. — Les gaz asphyxiants de combat. *Revue belge de la tuberculose*, juillet 1924.

F

FAINSCHMIDT. — La question de la tuberculose et de l'hyperthyroïdisme. *Vratchebnoïé*, 1926.

FAISANS. — Appendicite et tuberculose. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, janvier 1911.

FALES. — Valeur comparée de la radioscopie et des signes physiques pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose

- pulmonaire. *The American Journal of the medical Sciences*, septembre 1926.
- FALLIÈS. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire et des traumatismes de guerre du thorax. Thèse Paris, 1917.
- FANELLI. — La valeur des douleurs irradiées dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Wiener med. Wochenschr.*, 6 septembre 1924.
- FAVRAUD. — Syphilis des bronches et de la trachée. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891.
- FESTAL. — Contribution à l'étude des fausses tuberculoses pulmonaires par affection des voies respiratoires supérieures. Thèse Paris, 1921.
- FITCH (London). — États simulant la leucémie lymphatique aiguë (mononucléose infectieuse, tuberculose). *The Americ. Journ. of the medic. Sciences*, juillet 1925.
- FLEISCHNER. — Lymphadénopathie bronchique non tuberculeuse. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 15 juillet 1922.
- FLEURY (DE). — Fausses tuberculoses de nature psychopathique. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2 novembre 1920.
- FLORAND, FRANÇOIS et FLURIN. — Les bronchites chroniques et leur traitement. Masson, éditeur, 1913.
- FLURIN. — Les rhino-bronchites descendantes. *Bulletin médical*, 19 mai 1920.
- Les rhino-bronchites descendantes et leur traitement. *Journal médical français*, octobre 1921.
- Rhino-bronchites descendantes et emphysème pulmonaire. *Journal médical français*, août 1926.
- FORSSNER, SENDELL et KJELLIN. — Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose. Rapport annuel à la IV^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Lausanne, 5 août 1924.
- FOUQUET. — Contribution à l'étude des fausses hémoptysies par hémorragies des voies aériennes supérieures. Thèse Paris, 1923.
- FRANCINE. — Tuberculose et gaz toxiques. *New York med. Journal*, 3 janvier 1923.

G

- GARDÈRES et LACROIX. — Recherche des bacilles de Koch dans les fèces au cours de la tuberculose pulmonaire infantile. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1925.
- GATI et GARDÈRES. — La syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite. Société médicale des hôpitaux, 8 juillet 1927.
- GAUCHER et DUBOUSQUET-LABORDERIE. — Observation sur un cas d'hérédo-syphilis pulmonaire tardive. *Revue de médecine*, 1884.
- GAUSSEL. — La tuberculose pulmonaire traumatique; état de la question avant et après la guerre. *Montpellier médical*, 15 janvier et 15 février 1921.
- GENEVRIER. — La cuti-réaction dans le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques. *Paris médical*, 5 janvier 1924.
- GEERAERD. — Formes évolutives anormales de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, avril 1922.
- GIRAUD et SÉDARD. — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, février 1924.
- GIRAUD. — Que faut-il entendre par « bronchite tuberculeuse » ? *Journal des praticiens*, 25 février et 3 mars 1928.
- GIMBERT. — Tuberculose et gaz asphyxiants. *Paris médical*, 3 janvier 1918.
- Contribution à l'étude des accidents pulmonaires non tuberculeux chez le paludéen. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1918.
- GONÇALVES COSTA. — Sur la recherche du bacille de Koch dans les selles des petits enfants tuberculeux pulmonaires. Société portugaise de biologie, 7 mai 1926.
- GREELY. — Chronic non tuberculosis lung diseases. *Med. Rev.*, 16 juillet 1921.
- GRÉGOIRE et COURCOUX. — Plaies de la plèvre et du poumon (Collection bleu horizon).
- GRELICHE. — Les infections d'origine nasale. Thèse Paris, 1894.

- GUÉ. — L'insuffisance respiratoire et ses applications en physiologie et pathologie pulmonaires. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 23 mai 1923.
- GUINARD. — De la valeur pronostique de la bacilloscopie répétée. *Revue de la tuberculose*, juin 1926.
- GUINON et LEVESQUE. — A propos des adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses. *Presse médicale*, 1^{er} avril 1923.

H

- HABLISTON. — Erreurs de diagnostic; cas étiquetés à tort tuberculose pulmonaire en évolution. *The American Journal of the medical Sciences*, septembre 1926.
- HAMONT et SOULEYRE. — A propos du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. *Journal des praticiens*, 16 décembre 1916.
- HANKIN et KLOTZ. — Les séquelles pulmonaires des gaz de combat. *The American Review of tuberculosis*, septembre 1922.
- HEISE. — Revue synoptique du diagnostic positif de la tuberculose pulmonaire. *The American Review of tuberculosis*, 1920.
- HERMON HARRISON COLE. — Étude clinique des gazés démobilisés au point de vue de la tuberculose pulmonaire. *The American Review of tuberculosis*, juin 1923.
- HIRONORI MIHAMI. — Mécanisme d'invasion des bacilles de Koch par la voie intestinale. *Kekkaku (La Tuberculose)*, septembre 1925.
- HOFFMANN. — Hémoptysies non tuberculeuses. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 17 septembre 1926.
- HOMMA et HAGENAUER. — Contribution à l'étude de la syphilis du poumon. *Wiene klinisch Wochenschr.*, 1925.
- HUEBSCHMANN. — A propos des voies d'infection. *Zeitschr. f. Tuberk.*, 1926.
- HUTINEL. — Les petites dilatations des bronches chez l'enfant. *Presse médicale*, 18 février 1911.
- Tuberculose pulmonaire et cardiopathies chez les enfants. *Bulletin médical*, 29 juin 1912.

HUTINEL. — Scléroses de l'appareil respiratoire et syphilis héréditaire. *Bulletin médical*, 21 mars 1918.

HUTINEL (Jean). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de la dilatation des bronches. Thèse Paris, 1922.

I

IAAGNOV. — Syndrome pseudo-tuberculeux hyposystolique. *Revue de la tuberculose*, octobre 1927.

J

JACOB. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. Section d'Études scientifiques de la tuberculose, 11 avril 1922 et 12 mai 1923.

JACQUELIN. — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des adolescents et des adultes jeunes. *Journal médical français*, août 1924.

JACQUEMIN et DUBREUIL. — Tuberculeux simulateurs et faux tuberculeux. *Bulletin médical*, janvier 1920.

JACQUEROD. — Hémoptysies à répétition provoquées par la présence d'un calcul. *Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1921.

JACQUIN. — Phtisie galopante syphilitique. Thèse Paris, 1884.

JAMES. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *The medical Journal of Australia*, 16 février 1924.

JANOWSKI. — Thyréo-tuberculose ou tuberculose pulmonaire pseudo-basedowique. *Annales de médecine*, 1920.

JONG (DE) et HUTINEL. — La dilatation des bronches chez l'adulte. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 28 avril 1922, et *Journal médical français*, juin 1924.

JONG (DE) et PISTEL. — A propos du diagnostic des cavernes pulmonaires. Un cas d'ombre annulaire radiographique des auteurs américains, avec autopsie. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 21 mars 1924.

JOUBLOT. — Les voies aériennes supérieures; pathogénie générale. Thèse Strasbourg, 1925.

- JOUSSET. — Le diagnostic de la tuberculose par l'inoculation au cobaye. *Journal médical français*, septembre 1922.
- Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Concours médical*, 22-29 juillet 1923.
- L'adénopathie médiastine est la première localisation de la tuberculose. *Presse médicale*, 27 juin 1927.
- JULLIEN. — Inégalité pupillaire et tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1923, et *Annales de médecine*, février 1924.
- JUMON. — La dilatation des bronches chez l'enfant. *Gazette des hôpitaux*, 14 mai 1921.

K

- KINDBERG et DELHERM. — Sur le triage des tuberculeux aux armées. *Presse médicale*, 15 novembre 1917.
- KINDBERG. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Bulletin médical*, 23 octobre 1920.
- KIRSCH. — A propos du diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. *Wiener klinische Wochenschrift.*, 26 août 1920.
- KORN-ENRIQUEZ (M^{lle}). — Les pseudo-tuberculoses d'origine naso-pharyngienne. Thèse Paris, 1919.
- KRONIG. — De la simple collapsinduration non tuberculeuse du sommet droit par sténose nasale chronique. *Deutsche Klinik. Band*, 1911.
- KUSS. — Description de l'accident primitif de la tuberculose pulmonaire, 1897.

L

- LAFFONT. — Les faux tuberculeux. *Écho médical des Cévennes*, septembre 1905.
- LAFOSSE. — Du rôle des dispensaires dans la lutte contre la tuberculose. *Vie médicale*, 1922.
- LALIBERTÉ. — Quelques affections chroniques du poumon et leurs relations avec les maladies de la gorge et du nez. *Bulletin médical de Québec*, avril 1924.
- LATTY. — Pneumopathie syphilitique congénitale ayant déterminé une asymétrie atrophique du thorax. Thèse Paris, 1886.
- Lancet (The)*. — Deux notes sur la bronchiectasie au point de vue diagnostic et traitement, 27 novembre 1926.

- LEDERER. — Les affections respiratoires chroniques non tuberculeuses de l'enfance. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, octobre 1921.
- LEMAIRE. — Tuberculose et paludisme. V^e Congrès national de la tuberculose, Strasbourg, 2-6 juin 1923.
- LEMIERRE et LANTUÉJOL. — Traumatisme et tuberculose pleuro-pulmonaire. Société médicale des hôpitaux, 10 mai 1918.
- LEMOINE. — Auscultation du poumon chez les jeunes soldats. *Presse médicale*, janvier 1907.
- LEPRINCE. — La tuberculose. Diagnostic précoce. Traitement. *Marseille médical*, 15 février 1923.
- LEREBOULLET. — Scrofule et tuberculose. *Progrès médical*, 2 juin 1923.
— Hérédo-syphilis et tuberculose. *Progrès médical*, 9 juin 1923.
— La tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Diagnostic clinique de l'adénopathie médiastine. *La Pédiatrie pratique*, 5 juillet 1923.
— Les éléments du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. *Progrès médical*, 17 novembre 1923.
- LEREDDE. — Étude sur une forme ignorée de syphilis pulmonaire. *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1918.
- LERMOYEZ. — Toux provoquée par un polype nasal. Société médicale des hôpitaux, 1924.
- LESHI-LYALL. — La sclérose pulmonaire d'origine tuberculeuse et non tuberculeuse. *Edimbourg medical Journal*, mars 1925.
- LETULLE. — Les scléroses systématiques du poumon. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*, juin 1913.
— Syphilis pulmonaire de l'adulte. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 avril 1923.
- LETULLE, BEZANÇON et WEILL. — Étude anatomo-pathologique d'un cas probable de syphilis pulmonaire. *Ann. de méd.*, juin 1924.
- LEURET. — Introduction à l'étude de la phtisiologie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1921.
- LEURET et SECOUSSE. — Quelques réflexions suggérées par l'emploi des injections intrabronchiques de lipiodol. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 28 novembre 1924.
- LEURET et LAMOTHE. — Traumatisme et lésions pulmonaires. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1925.

- LEURET, CAUSSIMON ET MALAPLATE. — Sur 24 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire fermée. Communication au VII^e Congrès national de la tuberculose, Lyon, avril 1927.
- LEURET et CAUSSIMON. — Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, décembre 1925.
- Études cliniques et radiologiques sur le diagnostic des cavernes pulmonaires. *Archives d'électricité médicale*, décembre 1925, janvier 1926.
- LEWIS. — Contribution à l'étude des affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire. Thèse Strasbourg, juillet 1925.
- LIAN et LAMBLING. — Tuberculose pulmonaire, conséquence d'une contusion thoracique. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 21 février 1924.
- LIBERT. — Nouvelles recherches sur l'élimination du bacille tuberculeux par la bile chez l'homme (Contribution au problème des tuberculoses pulmonaires fermées). *Revue de la tuberculose*, avril 1924.
- LIEBERMEISTER. — Sur les catarrhes non tuberculeux des sommets des poumons. *Deutsch. med. Woch.*, 1921.
- LØPER. — Forme pseudo-tuberculeuse de l'intoxication par les gaz. *Progrès médical*, 1919.
- Sclérose pulmonaire consécutive à l'hypérite. *Progrès médical*, 1919.
- LORION. — Les méthodes bacilloscopiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1923.
- LOWYS. — Le diagnostic dans la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte au début. *Journal des praticiens*, 9 avril-21 mai 1927.
- LUCCIARDI. — La valeur diagnostique de la recherche du bacille tuberculeux dans les expectorations au dispensaire. Thèse Paris, 1923.
- LUPSELUNE. — La question des râles « cicatriciels ». *Voprassy Tuberkoulouzu*, 1925.
- LYON (E.). — A propos des affections des poumons et des bronches à la période précoce de la syphilis. *Med. Klinik*, 13 mars 1925.

LYON (James). — Quelques points de contact entre tuberculose pulmonaire et syphilis. Société médicale de Massachusets, 6 juin 1926.

M

MAINGOT. — Aspect radiologique des sommets dans la tuberculose pulmonaire. *Journal des praticiens*, 1^{er} juin 1918.

— Rapport sur la valeur de l'exploration radiologique au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Journal de la tuberculose*, 1920.

MANTCHIK. — Pseudo-hémoptysies trachéales d'origine veinectasique. *Revue de la tuberculose*, décembre 1922.

MANTOUX et MAINGOT. — Limites de la sensibilité de l'examen radioscopique du poumon. Société médicale des hôpitaux, 11 octobre 1918.

MANTOUX. — Tuberculose pulmonaire ouverte et tuberculose fermée. *Presse médicale*, 11 novembre 1918.

— Les tuberculoses cavitaires paucibacillaires. *Annales de médecine*, 1918.

— La fébricule tuberculeuse bénigne interminable à manifestations pleurétiques. *Presse médicale*, 18 novembre 1923.

— Les faux râles bronchiques d'origine nasale. *L'Hôpital*, septembre 1924.

MARIANO-CASTEX. — Syphilis héréditaire tardive. Buenos-Ayres, 1920.

MARIE. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Thèse Paris, 1883.

MARTIN. — Valeur comparative de l'examen direct de l'homogénéisation des crachats dans le diagnostic de la tuberculose au dispensaire. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, novembre-décembre 1924.

— Évolution de la tuberculose pulmonaire chez les anciens gazés. *Bulletin de la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires*, août 1926.

— Enfants touseurs. Adénopathie trachéo-bronchique et infection tuberculeuse. *Revue de la tuberculose*, décembre 1926.

- MARTIN DU MAGNY. — Sur des accidents pseudo-phymiques d'origine vasale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2 juillet 1901.
- MASSIA. — Le poumon syphilitique. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire chez l'adulte. Thèse Lyon, 1911.
- MÉDEVIELLE (DE). — L'asthme des bronchitiques. *Journal de médecine de Paris*, 1925.
- MERCIER DES ROCHETTES. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire. Thèse Paris, 1922.
- MERKLEN. — Tuberculose incipiente; diagnostic de nature et d'évolution. *Paris médical*, 3 janvier 1918.
- MICHELEAU. — Hématémèse hystérique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 novembre 1921.
- MILLUS. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *New-York tuberculosis Association in Bulletin*, mars-avril 1925.
- MINTON. — Syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. *New-York medic. Journ.*, 1^{er} juin 1921.
- MOELLER. — Tuberculose pulmonaire et maladies naso-pharyngées. *Zeitschrift zur Tuberculos.*, Band V.
- MONTILI. — La respiration faible isolée des sommets. Thèse Bordeaux, 1909.
- MOREAU. — Technique de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose. Paris, 1926, Norbert Maloine, éditeur.
- MORICEAU-BEAUCHANT. — Pleurite et tuberculose. *Paris médical*, 7 avril 1917.
- Tuberculose respiratoire évolutive fermée avec prédominance de signes pleuraux. *Journal médical français*, juillet 1919.
- MOSNY. — Tuberculose pulmonaire et traumatisme. Société médicale des hôpitaux, 25 juillet 1926.
- MULLER. — Une méthode rapide pour le diagnostic de la tuberculose par inoculation au cobaye. *Journal of the Americ. med. Assoc.*, 28 janvier 1922.
- MYERS. — Étude sur les organes respiratoires à l'état normal et pathologique. Comparaison entre la capacité respiratoire et les renseignements radiologiques de la tuberculose pulmonaire. *The Amer. Review of tuberculosis*, janvier 1922.

N

- NADAL. — Scléroses pulmonaires et médiastinales de l'enfant et hérédo-syphilis. Thèse Paris, 1919.
- NEUMANN. — Comment reconnaître le début de la tuberculose pulmonaire? *Wiener klinische Wochenschrift*, 16 décembre 1920.
- NICAUD et DOLFUS. — Contribution à l'étude du diagnostic des dilatations des bronches par l'exploration radiologique après lipiodol. *Presse médicale*, 15 octobre 1924.
- NIGOUL-FOUSSAL. — Les petits signes de tuberculose. Académie de médecine, 12 mai 1925.
- NOBÉCOURT et APTEKMANT. — Végétations adénoïdes, adénopathies trachéo-bronchiques et tuberculose. *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 26 mars 1909.
- NOBÉCOURT. — Diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par la recherche du bacille de Koch. Association française de pédiatrie, 1911.
- NOBÉCOURT et PARAF. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début dans la moyenne et la grande enfance. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, juin 1921.
- NOBÉCOURT. — Les réactions cutanées à la tuberculine négatives dans les affections de l'appareil respiratoire chez les enfants. *Pédiatrie*, janvier 1922.
- Les plèvres et les poumons dans les cardiopathies des enfants. *La Pédiatrie pratique*, 5 juin 1922.
- NOBORN YABE. — Pseudo-tuberculose. *Kekkaku* (*La Tuberculose*), août 1925.
- NORMAN, CLIVE, NICHOLSON et GOETSCH. — Le diagnostic différentiel entre la tuberculose au début et l'hyperthyroïdisme au moyen de l'épreuve de l'adrénaline. *The American Review of Tuberculosis*, avril 1919.

O

- OERI. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire par l'examen physique. *Schw. medizin. Wochenschrift*, 15 octobre 1925.
- OLIVER. — Hémoptysie et pression sanguine dans leur influence réciproque. *Zeitsch. f. Tuberk.*, 1925.

ORTH. — Traumatisme et tuberculose. *Zeitschrift für Tuberkulose*, 1924.

P

PAL. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Mediz. Klinik*, 12 octobre 1924.

— Sur les catarrhes non tuberculeux des sommets pulmonaires. *Mediz. Klinik*, 7 décembre 1924.

PALIER. — Sur les crachats tuberculeux et non tuberculeux au point de vue macroscopique, microscopique et expérimental. *Annales de médecine*, avril 1923.

PARADISTAL. — Les bases du diagnostic de la tuberculose dans le dispensaire moderne. *Gruglica*, janvier 1926.

PARIS. — Diminution du murmure vésiculaire. Thèse Paris, 1913.

PARISOT. — La tuberculose du poumon antérieurement lésé par plaie pénétrante ou par gaz de combat. Utilité et difficulté de son diagnostic. *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} juin 1921.

PASQUIER (du). — L'insuffisance respiratoire. *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1924.

PATTE. — Documents relatifs à la valeur diagnostique et pronostique de la cuti-réaction à la tuberculine. Thèse Paris, 1919.

PÉHU et DAGUET. — Recherches cliniques et radioscopiques sur certaines séquelles lointaines des plaies pleuro-pulmonaires de guerre. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1918.

PETIT. — Les tuberculoses fermées. Thèse Paris, 1905.

PETIT DE LA VILLÉON. — Blessures du poumon et tuberculose pulmonaire. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 décembre 1921.

PHILIBERT. — Rapports entre la respiration nasale et la tuberculose pulmonaire. *Progrès médical*, 13 juin 1914.

— L'expectoration provoquée, l'épreuve de l'eau salée et l'épreuve de la marche dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Progrès médical*, 10 mai 1919.

— Rapport sur la valeur de l'examen bactériologique des crachats. Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par la recherche du bacille dans l'expectoration. Section

d'Études scientifiques pour l'Œuvre de la tuberculose,
10 juillet 1920.

PIÉRY. — La pleurite tuberculeuse à répétition. *Presse médicale*,
21 décembre 1916.

PIÉRY et MIGNOT. — Syphilis et tuberculose pulmonaire dans un
hôpital sanatorium militaire. Société médic. des hôpitaux
de Lyon, in *Lyon médical*, 25 avril 1923.

PLIQUE. — La syphilis broncho-pulmonaire. *Annales des maladies
vénériennes*, juin 1918.

POST. — Syphilis du poumon. *Boston medical and surg. Journal*,
septembre 1916.

POUILLOT. — Diagnostic et appréciation clinique des signes pseudo-
cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de
l'enfance. Thèse Bordeaux, 1903.

PRADE (DE). — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire
chronique. *Rivista de tuberculosis*, février et mars 1921.

PRÉVEL. — Les états d'obésité et de maigreur d'origine digestive-
respiratoire; l'indice respiratoire d'usure. *Presse médicale*,
12 août 1922.

PRUVOST. — Faut-il qu'une tuberculose pulmonaire soit ouverte ou
fermée pour être dite évolutive ou non évolutive? *L'Hôpital*,
avril 1924.

Q

QUENTIN. — Sur un cas de leucémie aiguë atypique dans ses carac-
tères cliniques et son évolution : leucémie et tuberculose.
Société médicale des hôpitaux, 18 janvier 1924.

R

RÉNON. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique.
Monde médical, 13 février 1920.

— Les méthodes scientifiques du diagnostic clinique de l'infec-
tion bacillaire aux différents âges, en vue des enquêtes à
entreprendre dans les divers pays, sur la morbidité et la
mortalité par tuberculose. *Revue de la tuberculose*, décem-
bre 1920.

- RIBADEAU-DUMAS. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. Flammarion, éditeur, 1925.
- RIBADEAU-DUMAS et (M^{lle}) TISSERAND. — Les pseudo-tuberculoses ganglio pulmonaires du nourrisson. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 13 mars 1926.
- RICHET (Ch.) fils. — La tuberculose pulmonaire évolutive dite « fermée » existe-t-elle ? *Presse médicale*, 6 septembre 1917.
- RICKMANN. — Étiologie des hémoptysies. *Deutsch. medizin. Woch.*, 2 mars 1922.
- RIEUX et CHAUMET. — Enquête sur la tuberculose à propos de l'incorporation de 400 jeunes soldats. Section d'Études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 10 janvier 1925.
- RIEUX. — La tuberculose pulmonaire latente. G. Doin, éditeur, 1926.
- RISAKU-KUWAKAMI. — La pression sanguine des tuberculeux. *Journal of tuberculosis*, mars 1925.
- RIST. — Rôle des méthodes radiologiques dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. *Journ. méd. franç.*, 15 août 1913.
- Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. *Presse médicale*, 13 juillet 1916.
 - Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et des affections chroniques des fosses nasales. *Presse médicale*, 24 juillet 1916.
 - Tuberculose pulmonaire et gravidité. Société française d'obstétrique et de gynécologie, 14 mars 1921.
 - L'évolution du diagnostic de la tuberculose pulmonaire depuis Laënnec jusqu'à nos jours. *Gazette médicale de Nantes*, 15 novembre 1921.
- RIST et AMEUILLE. — Dilatation bronchique généralisée et tuberculisation secondaire. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 17 février 1922.
- RIST. — La différenciation clinique de la tuberculose pulmonaire d'avec les autres affections des voies respiratoires. *Revue de la tuberculose*, avril 1923.
- RIST et AMEUILLE. — Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes. Rapport présenté au V^e Congrès français de la tuberculose, Strasbourg, juin 1923.

RIST. — Les diagnostics erronés de tuberculose pulmonaire et les affections des voies aériennes supérieures. Société d'Études scientifiques sur la tuberculose d'Alsace et de Lorraine, Strasbourg, octobre 1923.

— La tuberculose. Armand Colin, éditeur, 1927.

ROBERT. — Les séquelles pulmonaires chez les intoxiqués par les gaz de combat. Thèse Toulouse, 1924.

RODHOUSE-GLOYNE. — Quelques lésions pulmonaires simulant la tuberculose. *Tubercle*, novembre 1923.

ROSENTHAL. — La forme irréductible de l'insuffisance respiratoire. *Paris médical*, 31 mai 1924.

ROUBIER. — Quelques considérations sur la comparaison des examens cliniques, radioscopiques et bactériologiques des crachats chez les militaires suspects de tuberculose. *Le Progrès médical*, 14 juin 1919.

— Intoxication par les gaz et tuberculose pulmonaire. *Gazette des hôpitaux*, 21 février 1920.

— De la valeur des symptômes radioscopiques dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1920.

— Les cavernes pulmonaires fermées. *Paris médical*, 29 novembre 1923.

ROUTIER et WALSER. — Sur la difficulté du diagnostic de certaines endocardites infectieuses lentes; à propos d'un cas de tuberculose subaiguë latente. Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 mai 1923.

S

SABOURIN. — Le petit basedowisme chez les tuberculeux. *Annales de médecine*, 1914.

— Phtisiophobes et phtisiomanes. *Paris médical*, 3 janvier 1918.

SABRAZÈS. — La durée maxima de la pause apnéique volontaire. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 2 février 1902.

SAINTON et SCHULMANN. — La respiration des basedowiens. *Annales de médecine*, septembre 1922.

- SASANO et MEDLAR. — Étude sur la présence du bacille tuberculeux dans la bile et sur les lésions expérimentales du foie chez l'animal. *The Americ. Review of tuberculosis*, décembre 1924.
- SCHEMENSKY. — La question de la tuberculose ouverte ou fermée. *Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 8 février 1924.
- SCHERBER. — De l'action réciproque de la tuberculose et de la syphilis. *Wiener mediz. Wochenschr.*, 2 mai 1925.
- SÉGARD. — Ce que deviennent les anciens gazés pulmonaires. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juin 1919.
- SEITLER. — Plaies de poitrine et tuberculose. *Zeitschrift für Tuberculose*, 1920.
- SEPPANEN. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fondé sur l'auscultation. *Acta tuberculosea Scandinavica*, 1925.
- SERGENT. — Appendicite chronique et tuberculose. Les entérocolites prétuberculeuses. Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 février 1911.
- Tuberculose pulmonaire et appendicite chronique. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1912.
 - Tuberculose et grossesse. *Presse médicale*, 5 juillet 1913.
 - Les trachéo-bronchites de la syphilis secondaire et leur diagnostic avec la tuberculose. *Journal des praticiens*, 19 avril 1913.
 - Valeur sémiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis. *Progrès médical*, 26 avril 1913.
 - Syphilis et tuberculose. 1 vol., Masson, éditeur.
 - La tuberculose chez les soldats à la suite des traumatismes du thorax. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1916.
 - Diagnostic de la tuberculose pulmonaire et des affections des voies respiratoires supérieures. Société médicale des hôpitaux, 28 juillet 1916.
 - Histoire suggestive de quelques fausses tuberculoses. Société médicale des hôpitaux, 28 juillet 1916.
 - Les signes de la pleurite du sommet et leur valeur dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. L'adé-

nite et la lymphangite nodulaire sus-claviculaire. *Presse médicale*, 24 août 1916.

SERGEANT. — Tuberculose et syphilis. *Journal des praticiens*, 3 mars 1917.

- Les suspects de tuberculose. *Paris médical*, 7 avril 1917.
- Les étapes du diagnostic pratique de la tuberculose pulmonaire. Pages d'histoire médico-militaire. *Le Monde médical*, novembre 1917.
- Sur la difficulté d'apprécier si une tuberculose pulmonaire chronique est en évolution active ou non. *Journal médical français*, décembre 1918.
- Études cliniques sur la tuberculose. Maloine, éditeur, 1920.
- Les enseignements cliniques tirés de la guerre par la phthisiologie. *Revue de la tuberculose*, avril-juin 1920.
- L'insuffisance respiratoire des sommets et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 11 mai 1920.
- Syndrome de Basedow et tuberculose. *Paris médical*, 24 juillet 1920.
- Rapport sur la valeur des signes fonctionnels et généraux pour le diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire. *Journal de la tuberculose*, 1920.
- L'inégalité pupillaire provoquée et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, 12 avril 1921.
- Les hémoptysies traumatiques. *Journal des praticiens*, 1^{er} avril 1922.
- Valeur comparative des méthodes d'exploration actuellement employées pour le diagnostic de localisation des lésions du poumon et de la plèvre. *Presse médicale*, 21 octobre 1922.
- Études cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine, éditeur, 1922.
- Syphilis et tuberculose pulmonaire fibro-calcaire. *Clinique et Laboratoire*, juillet 1923.
- Les fausses hémoptysies. *Clinique et Laboratoire*, 20 octobre 1924.
- Les grands syndromes respiratoires. G. Doin, éditeur, 1924.

SERGEANT. — Les séquelles respiratoires de l'intoxication par les gaz de combat. *Presse médicale*, 14 février 1925.

— Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine, éditeur, 1926.

SERGEANT et DELAMARE. — Les renseignements cliniques d'un centre de triage des militaires suspects de tuberculose. Académie de Médecine, 31 octobre 1916.

SERGEANT et LECHEVALLIER. — Les plaies pénétrantes de poitrine et particulièrement leurs phases secondaires et lointaines. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 23 janvier 1917.

SERGEANT et HAAS. — La tuberculose pulmonaire et les séquelles des intoxications par les gaz. *La Médecine*, mai 1920.

SERGEANT, PERRIN et ALIBERT. — L'inégalité pupillaire provoquée dans le diagnostic des affections pleuro-pulmonaires et spécialement de la tuberculose. *Revue de la tuberculose*, octobre 1921.

SERGEANT et DURAND. — Valeur diagnostique de la recherche des bacilles de Koch dans les selles. *Revue de la tuberculose*, 1922.

— Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1^{er} mai 1923.

SERGEANT et COTTENOT. — Syphilis et tuberculose pulmonaire fibreuse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1^{er} mai 1923.

— Note sur l'étude radiologique de l'arbre trachéo-bronchique au moyen des injections intratrachéales de lipiodol. Société médicale des hôpitaux, 11 mai 1923.

SERGEANT et DURAND. — La recherche du bacille tuberculeux dans les matières fécales dans le cas de bacillose pulmonaire sans expectoration. Son importance diagnostique. *La Médecine*, mai 1923.

SERGEANT et COTTENOT. — L'exploration radiologique de l'appareil respiratoire après injection intratrachéale de lipiodol. *Journal de radiologie et d'électrologie*, octobre 1923.

SERGEANT et PRUVOST. — La tuberculose pulmonaire fermée. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 novembre 1923.

SERGEANT, DURAND et COTTENOT. — Les grosses adénopathies hilaires

- dans la tuberculose de l'adulte. La tuberculose ganglio-pulmonaire du jeune adulte. *Revue de la tuberculose*, octobre 1924.
- SERGENT et COTTENOT. — Ce que la clinique peut demander aux injections intratrachéales de lipiodol dans le radiodiagnostic des affections de l'appareil respiratoire. Difficultés et erreurs d'interprétation. *Paris médical*, 18 avril 1925.
- SERGENT et TURPIN. — Ce qu'il faut entendre par tuberculose pulmonaire fermée. *Paris médical*, 25 juillet 1925.
- SERGENT et MIGNOT. — Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire. *Revue de la tuberculose*, octobre 1925.
- SERGENT et AGNEL. — Note sur quelques effets des gaz asphyxiants. Société médicale des hôpitaux, 5 novembre 1925.
- SEWAL. — L'atélectasie pulmonaire, source de confusion dans l'examen physique de la poitrine. *The American Review of Tuberculosis*, janvier 1921.
- SKIGERIO TUDO, GORO KUOMARU et SANAI SUZUKI. — Remarques sur les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire. *Kekkaku (La Tuberculose)*, août 1925.
- SICARD et FORESTIER. — L'huile iodée en clinique; applications thérapeutiques et diagnostiques. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923.
- SIEUR. — Du murmure vésiculaire avant et après le traitement de l'obstruction des fosses nasales. Thèse Lyon, 1911.
- SIMON. — Tuberculoses ouvertes et tuberculoses fermées (Étude statistique et diagnostique). Thèse Bordeaux, 1924.
- SIMONIN. — 40 observations de tuberculose pleuro-pulmonaire d'origine traumatique. Considérations cliniques et médico-légales. Société médicale des hôpitaux, 5 juin 1914.
- SMITH. — Diagnostic de la tuberculose au début. *The medical Journal of Australia*, 16 février 1924.
- Le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. *Atlantic medical Journal*, 15 septembre 1925.
- SPEHL. — L'action des gaz de combat sur l'appareil circulatoire et la respiration. *La Revue belge de la tuberculose*, juillet 1924.
- STAEHLIN. — La mise en évidence de bronchectasies à la radiogra-

phie au moyen d'injections de lipiodol dans les bronches.
Schw. mediz. Wochenschrift, 1^{er} mai 1924.

STEWART. — Quelques considérations sur le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. *Amer. Review of Tuberculosis*, février 1922.

— Recherches sur la valeur des méthodes de diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. *Tubercle*, février 1921.

T

TÉCON. — Traumatismes thoraciques et tuberculose pulmonaire chez des soldats des armées alliées internés en Suisse. *Revue médicale de la Suisse romande*, août-septembre 1919.

TERRACOL. — Les rhinites et sinusites purulentes de l'enfance. *Mono-graphies internationales*, 1923, Presses Universitaires.

TERRIEN. — Sur un cas de syphilis pulmonaire héréditaire. Société de pédiatrie, 20 juin 1905.

TISSOT. — Les bronchites hémoptoïques de la syphilis secondaire. Thèse Paris, 1921.

TRÉMOLIÈRES et JOULIA. — Diagnostic radiologique de la bronchectasie. Société médicale des hôpitaux, 1^{er} juin 1923.

V

VENOT et MOREAU. — De la recherche des bacilles de Koch dans les fèces. *Revue de la tuberculose*, 1922.

VERNES, BINCQ et GAGER. — Syphilis et tuberculose. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 5 décembre 1923.

VIS. — Quelques remarques sur le diagnostic entre tuberculose et hyperthyroïdisme. *The Americ. Rev. of Tuberculosis*, mai 1923.

W

WANKEL. — L'inoculation des crachats au cobaye pour distinguer les cas de tuberculose ouverte et de tuberculose fermée. *Deuts he medizinische Wochenschrift*, 18 mai 1923.

WARFIELD. — Transformation d'une tuberculose occulte en tuberculose patente. *The Americ. Review of Tuberculosis*, avril 1923.

- WARFIELD. — Tuberculose occulte à signes digestifs. *The Americ. Review of Tuberculosis*, avril 1925.
- WEB, BURTON et GILBERT. — Bronchectasie et bronchite associées à des affections des sinus accessoires. *The Journal of the Americ. medic. Associat.*, 12 mars 1921.
- WEIL et DUFOUR. — Sur quelques points de la radiologie concernant les affections pleuro-pulmonaires de l'enfance. *Journal de radiologie*, janvier 1923.
- WEINBERGER. — Erreurs de diagnostic dans la tuberculose pulmonaire des adultes. *Wiener med. Wochenschrift*, novembre-décembre 1924, janvier 1925.
- WINKLER. — Classification de la tuberculose pulmonaire d'après l'élimination bacillaire. *Wiener klinische Wochenschrift*, 4 novembre 1920.
- Sur la respiration rude. *Zeitschr. für Tuberc.*, 1923.
- WOLFF, EISNER et ZAHNER. — Contribution à l'étude de la tuberculose traumatique. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 20 janvier 1920.
- WOOD. — Syphilis des poumons. *Boston medic. and surg. Journal*, novembre 1926.
- WUNSCHENDORFF. — Étude du diagnostic entre le syndrome de Basedow et la tuberculose pulmonaire au début. Thèse Paris, 1923.

Z

- ZAMBONI. — Les hémoptysies initiales. Contribution au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. *Tuberculosis*, novembre 1925.
- ZIMMERN. — Les discordances entre les signes radiologiques et stéthoscopiques dans le diagnostic de la tuberculose au début. *La Médecine*, mai 1920.
- ZUBER. — Syphilis pulmonaire chez une fillette de 13 ans. Société de pédiatrie, mars 1905.

